



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontólogas.

Tema.

Caracterización epidemiológica de lesiones, estados precáncer y cáncer bucal en población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio de 2015.

Autoras:

Denisse Virginia Torres Toledo.

Gema Katherine Vélez Cedeño.

Director de tesis:

Lic. Vicente Inocencio Prieto Díaz. Mg E.M.

Cantón Portoviejo - Provincia Manabí – República del Ecuador

2015.

## **CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.**

Lcdo. Vicente Inocencio Prieto Díaz, Mg. E. M., certifica que la tesis de investigación titulada: Caracterización epidemiológica de lesiones, estados precáncer y cáncer bucal en población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio de 2015, es trabajo original de las estudiantes Denisse Virginia Torres Toledo y Gema Katherine Vélez Cedeño, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

---

Lcdo. Vicente Inocencio Prieto Díaz. Mg. E. M.

Director de tesis.

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

### **Tema:**

Caracterización epidemiológica de lesiones, estados precáncer y cáncer bucal en población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio de 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal.

---

Dra. Lucia Galarza Santana, Mg. Gs.

Directora de la carrera.

---

Dra. Nataly Barreiro MSc.

Miembro del tribunal.

---

Lcdo. Vicente Prieto Díaz, Mg. E. M.

Director de tesis.

---

Dra. Amarilis Martin MSc.

Miembro del tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA.**

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo titulado: Caracterización epidemiológica de lesiones, estados precáncer y cáncer bucal en población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio de 2015, pertenece exclusivamente a las autoras.

---

Denisse Virginia Torres Toledo.

Autora.

---

Gema Katherine Vélez Cedeño.

Autora.

## **AGRADECIMIENTO.**

Mi gratitud de todo corazón con Dios, Ser Supremo y Divino, por guiarme con sus bendiciones en toda mi carrera y por darme la fuerza necesaria para salir adelante. A mis padres que fueron mis pilares principales para ser quien soy, ayudándome a lo largo de mi carrera, inculcándome valores necesarios en mi vida y estudio.

A mi esposo, por estar incondicionalmente a mi lado cuando más lo he necesitado, ayudándome de paciente, fotógrafo y acompañándome durante toda mi carrera universitaria. A mi bello angelito, mi hijo, que desde el cielo me acompaña guiándome en cada paso que doy a diario. A mi hermano por alentarme día a día para que no decaiga y pueda seguir luchando a diario. Y a mi sobrina que es quien me animaba cuando todo parecía derrumbarse. También debo agradecer a mis suegros por brindarme su apoyo incondicional en una parte de mi vida.

Agradezco a mi director de tesis Lcdo. Vicente Inocencio Prieto Díaz y a las Dras. Amarilis Martin y Nataly Barreiro, por su apoyo y paciencia, impartíendome nuevas enseñanzas durante el desarrollo de la tesis. A mis compañeras, amigas incondicionales, que han estado presentes con su ayuda, y ánimo constante para poder salir adelante juntas. A todos ustedes les quedo infinitamente agradecida, y es a ustedes a quienes les debo mi sueño alcanzado.

Gema Katherine Vélez Cedeño.

## **AGRADECIMIENTO.**

Agradezco a Dios, por ser mi inspiración y por bendecirme. A mi familia, apoyo constante e incondicional en mis años más duros de carrera profesional y en especial a mis padres que sin su ayuda hubiera sido imposible culminar mi profesión, a mi padre por ser ejemplo de perseverancia y constancia que lo caracterizan, y que me ha impartido siempre, a mi madre, por la confianza y el apoyo brindado, por corregir mis faltas y celebrar mis triunfos. A mis hermanos, por su admiración, aliento y apoyo en el transcurso de mi vida.

A mi novio, gracias por su paciencia y comprensión, con su ayuda aunque en la distancia, ha sido fundamental e incondicional, siempre estuvo motivandome hasta donde sus alcances le permitian, y hoy hemos alcanzado un triunfo más porque los dos somos uno y mis logros son suyos.

A mis amigas, por hacer de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaré. A mi director de tesis, Lcdo. Vicente Prieto Díaz por su dedicación. También me gustaría agradecer a las Dras. Amarilis Martín y Nataly Barreiro por sus consejos, sus enseñanzas y más que todo por su amistad. Para ellos, muchas gracias.

Denisse Virginia Torres Toledo.

## **DEDICATORIA.**

Esta etapa de mi vida es un logro muy importante que sin duda alguna quiero dedicarles con el cariño ferviente de amor y gratitud a Dios, por darme la fuerza, entusiasmo y sabiduría en mis estudios, a mis padres Eladio Humberto Vélez Chinga y Bertha María Cedeño Alcívar, por haberme apoyado en todo momento.

Especialmente quiero dedicarlo a mi esposo Franklin Leonardo Macías Acuña y a mi hijo, bello angelito que me acompaña desde el cielo Ian Leonardo Macías Vélez. A mi hermano Dussan Daniel Vélez Cedeño y a mi sobrina Stevaly Dominick Vélez Vélez, por ser mi alegría e inspiración para no dejarme caer en los momentos más difíciles, a mis suegros, mis tíos, mis amigos, maestros y a todas las personas que de una u otra manera formaron parte de mi esfuerzo y motivación para lograr este mi objetivo.

Gema Katherine Vélez Cedeño.

## **DEDICATORIA.**

Se la dedico al forjador de mi camino, a mi Padre Celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo, al Creador, de mis padres y de las personas que más amo, con mi más sincero amor.

A mis padres Dr. Wilson Ecuador Torres Magallanez y Lcda. Cruz Consuelo Toledo Torres, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes, por que me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos. Recuerden que los amo.

Denisse Virginia Torres Toledo.



## **RESUMEN.**

En cáncer es uno de los problemas mayores de salud que enfrenta la humanidad, siendo la herramienta más relevante para disminuir su impacto la prevención, entre cuyas medidas se destaca el control de los factores de riesgo modificables y la detección temprana de lesiones que incrementan la probabilidad de padecer de esta enfermedad. En la población de Ecuador están presentes factores de riesgo del cáncer bucal, sin embargo no se han desarrollado estudios que permitan conocer cómo se comportan, así como la presencia de lesiones, estados premalignos y cáncer bucal. Esto motivó la realización de este trabajo, ejecutado en la parroquia Riochico del cantón Portoviejo, con la finalidad de obtener un nuevo conocimiento que permita integrar un programa de prevención del cáncer bucal. Se exploró la presencia de lesiones y estados premalignos y del cáncer bucal en población entre 15 y 25 años con el objetivo de caracterizar esta problemática en este estrato poblacional. Para ello se realizó el examen bucal de las unidades de análisis, a las que también se les realizó una encuesta. Los resultados indicaron la presencia de una prevalencia general de lesiones de 11,7 %, siendo identificada la queilitis actínica como la más relevante (42,0%), coherente con el nivel y horas de exposición solar de la población estudiada, la que no hace uso de medios de protección para evitar la radiación solar. Aunque los hábitos tóxicos presentaron bajos valores de prevalencia, resulta interesante su apreciación para cualquier programa de prevención y control del cáncer bucal. A pesar del amplio acceso a frutas y vegetales, su consumo resulta muy bajo como factor de protección para el cáncer, en cualquier localización.

## **ABSTRACT.**

Cancer is one of the biggest health problems suffered by mankind. The most relevant tool to reduce its impact is prevention. Among the steps taken it is the control of factors of modified risk and early detection of lesions that increase the possibility of developing this disease. In the population of Ecuador oral cancer risk factors are present, however, no studies have been performed to know how they behave as well as the presence of lesions, premalignant conditions and oral cancer. This led to the completion of this work that was carried out in Riochico parish, Portoviejo canton in order to obtain a new knowledge that enables the integration of oral cancer prevention. The presence of lesions and premalignant states of oral cancer were explored in a population aged 15-25 with the aim of describing these problems in this population stratum. All these people underwent an oral examination of analysis units and they were also surveyed. The results showed the presence of an overall prevalence of lesions of 11,7%, being identified as the most important the actinic cheilitis (42%) which is consistent with the level and hours of sun exposure of the studied population that does not use means of protection to prevent solar radiation. Although toxic habits had low prevalence values it is an interesting source of information to be included in any program of prevention and control of oral cancer. Despite widespread access to fruit and vegetables, their consumption is very low as a protective factor for cancer at any location.

## ÍNDICE.

Certificación del director de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Agradecimiento.....	VI
Dedicatoria.....	VII
Dedicatoria.....	VIII
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
Índice.....	XI
Índice de cuadros.....	XIV
Índice de gráficos.....	XV
Introducción.....	1
Capítulo I.....	3
1. Problematización.....	3
1.1.Tema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.4. Preguntas de la investigación.....	6
1.5. Delimitación de la investigación.....	7
1.6. Justificación.....	7

1.7. Objetivos.....	8
Capítulo II.....	9
2. Marco teórico referencial y conceptual.....	9
2.1. Unidades de observación y análisis.....	34
2.2. Variables.....	35
2.3. Matriz de operacionalización de las variables.....	35
Capítulo III.....	36
3. Marco metodológico.....	36
3.1. Modalidad de la investigación.....	36
3.2. Tipo de investigación.....	36
3.3. Métodos.....	36
3.4. Técnicas.....	37
3.5. Instrumentos.....	37
3.6. Recursos.....	38
3.7. Población y muestra.....	39
3.8. Recolección de la información.....	40
3.9. Procesamiento de la información.....	40
3.10. Consideraciones éticas.....	40
Capítulo IV.....	42

4. Análisis e interpretación de los resultados.....	42
Capítulo V.....	71
5. Conclusiones y recomendaciones.....	71
5.1. Conclusiones.....	71
5.2. Recomendaciones.....	72
Capítulo VI.....	73
6. Propuesta.....	73
6.1. Tema.....	73
6.2. Justificación.....	74
6.3. Marco institucional.....	74
6.4. Objetivos.....	75
6.5. Descripción de la propuesta.....	76
6.6. Diseño metodológico.....	76
6.7. Presupuesto.....	77
6.8. Sostenibilidad.....	78
Anexos.....	79
Bibliografía	

## ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro 1: Comportamiento de la edad.....	42
Cuadro 2: Relación de conocimiento del cáncer bucal.....	48
Cuadro 3: Momento de exposición al sol en el día.....	56
Cuadro 4: Número de parientes hasta la tercera línea de consanguinidad.....	65
Cuadro 5: Localización de lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal.....	67
Cuadro 6: Consideraciones del color de piel.....	68
Cuadro 7: Lesiones identificadas en tejidos blandos bucales.....	69

## ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico 1: Distribución por género.....	44
Gráfico 2: Distribución por nivel ocupacional.....	45
Gráfico 3: Distribución por nivel escolar.....	46
Gráfico 4: Conocimiento sobre la existencia del cáncer bucal.....	47
Gráfico 5: Hábito de fumar entre los encuestados.....	50
Gráfico 6: Distribución del consumo de bebidas alcohólicas.....	52
Gráfico 7: Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas.....	54
Gráfico 8: Bebidas alcohólicas preferentes.....	55
Gráfico 9: Horario de exposición solar.....	57
Gráfico 10: Relación del consumo de vegetales.....	59
Gráfico 11: Frecuencia del consumo de vegetales en una semana completa.....	61
Gráfico 12: Número de Tasas de consumo de vegetales en un día.....	63

## INTRODUCCIÓN.

El cáncer es un proceso de crecimiento incontrolado de células, que puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. (Organización Mundial de la Salud OMS). 2014. párr. 1).

La cavidad bucal no está exenta de padecer cáncer, en su manifestación clínica más frecuente, se identifica al carcinoma oral de células escamosas, el que clínicamente se presenta con ulceraciones o lesiones leucoplásicas, eritroplásicas o eritroleucoplásicas; lesiones exofíticas o endofíticas de superficie verrugosa, costrosa o granular que presenta un crecimiento lento, con bordes que suelen ser irregulares, endurecidos y elevados. (García et al., 2009. p. 6 & Muñante, J. et al., 2014).

Las lesiones precancerosas son un tejido morfológicamente alterado, en el que la aparición de cáncer es más probable que en el tejido de apariencia normal. Los estados precancerosos se definen como un estado generalizado que se asocia a un riesgo mayor de padecer cáncer. (Segura, R. et al., 2004. párr.3 & Albornoz, C. et al., 2010).



La OMS hace una distinción entre las lesiones y estados precancerosos, incluyendo en ellas las entidades que se muestran a continuación (Albornoz, C. et al., 2010):

Lesiones precancerosas: leucoplasia, eritroplasia y paladar de fumador invertido.

Estados precancerosos: liquen plano, lupus discoide crónico y fibrosis oral submucosa.

El cáncer bucal es una enfermedad multifactorial, y aunque su etiología es desconocida existen algunos factores de riesgo como, alcohol, tabaco, prótesis desajustadas, exposición excesiva al sol, dieta escasa en frutas y vegetales y factores generales que lo pueden producir. (García. Miranda. 2009. párr. 3).

Las causas del cáncer se clasifican en dos categorías: externas e internas. Entre las causas externas tenemos: sustancias químicas, agentes físicos o biológicos que afectan los genes de las células transformándolas en cancerosas. Y las causas internas son una predisposición genética, en ciertos miembros de una familia que presenten una alta probabilidad de desarrollar cáncer. Un factor de riesgo es cualquier característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar el consumo de tabaco y alcohol. (OMS. 2014. párr. 1 & Instituto de cancerología Empresa Social del Estado de Colombia. 2004. p. 12).

## **CAPÍTULO I.**

### **1. Problematización.**

#### **1.1. Tema:**

Caracterización epidemiológica de lesiones, estados precáncer y cáncer bucal en población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio de 2015.

#### **1.2. Formulación del problema.**

¿Cómo se caracterizan epidemiológicamente las lesiones, estados precáncer y cáncer bucal en población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo?

#### **1.3. Planteamiento del problema.**

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no solo en el ámbito de la salud pública, sino también para la ciencia en general. Cada año se enferman de cáncer nueve millones de personas en el mundo y mueren a causa de esto unos cinco millones. Se estima en la actualidad que existen alrededor de catorce millones de enfermos de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en un importante problema de salud, además, con el incremento del hábito de fumar y el envejecimiento gradual de la población, se piensa que si no se toman

medidas de control, puede existir un incremento de su incidencia y mortalidad. (Quintana. et al., 2004. párr. 3 y 4.).

El cáncer oral se sitúa entre el 5<sup>to</sup> y 10<sup>mo</sup> puesto en la lista de cánceres más frecuentes en el ser humano, representando el 5% de todas las neoplasias malignas. Estudios epidemiológicos han demostrado un incremento considerable del cáncer oral en las últimas décadas en los hombres, para causar una tasa de 24.1 por 100.000 habitantes, en el que ha sido diagnosticado al cáncer en estadios avanzados y como consecuencia no superan los 5 años de vida. (Aguirre, J. 2011. párr. 1).

En Argentina, la aparición de cáncer bucal estadísticamente aumentó a pasos agigantados en adolescentes y adultos jóvenes, lo que antes era prácticamente asociado al paciente de la tercera edad, es decir, los tumores bucales representan el 4% del total de todos los tipos cáncer, y entre 2000 y 3000 personas se enferman cada año de cáncer bucal. (Zimmer, S. 2014. párr.2).

El cáncer en Cuba ha sido reportado como la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades, solo superada por las enfermedades del corazón. Aparecen cada año entre veinte mil y veinticinco mil casos nuevos, de los cuales fallecen entre trece mil y catorce mil pacientes. Entre las localizaciones anatómicas que pueden ser afectadas por el cáncer desempeña un papel importante el de cavidad bucal, la cual, a pesar de no ser una de las de mayor frecuencia, produce un elevado grado de morbilidad y deformaciones, luego del tratamiento oncológico que casi siempre convierten al afectado en un ser repulsivo y marginado para la sociedad. Se ha

observado además que se ubica entre las 10 primeras causas de incidencia en los hombres, y según datos del Registro Nacional de Cáncer, pasa a ocupar en el año 2002 el décimo lugar como causa de muerte. (Peña, A. et al., 2006. párr. 1-3).

En Cuba en el año 2008 la tasa cruda de incidencia de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en el género masculino fue de 9,2 por 100.000 habitantes, y ocupó el quinto lugar dentro de las diez primeras localizaciones. En el femenino la tasa fue de 2,5 por 100.000 habitantes. (Miranda, J. et al., 2010. párr. 2).

Los principales factores de riesgo ambientales del cáncer oral están relacionados en su mayoría con los hábitos y estilos de vida insanos. Así se identifican al hábito de fumar, el alcoholismo, las dietas pobres en frutas y en vegetales, la mala higiene bucal, la irritación crónica, las infecciones y las radiaciones ionizantes. Estos factores establecen una interrelación estrecha con la genética que determinan la susceptibilidad y surgimiento del cáncer bucal. (Batista, K. et al., 2014. párr. 2).

En el 2010 el Ministerio de Salud Pública (MSP) con su programa de control y de prevención del tabaquismo del Ecuador detalló que el 22,0% de los mayores de 18 años se consideró fumador, mientras que entre los adolescentes de entre 13 y 15 años esta cifra era del 26,0%, considerando de esta manera que mientras más jóvenes consumen tabaco mayor será la probabilidad de convertirse en adictos al tabaco. (El telégrafo. 2011. párr. 3).

Según la última estadística del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador, más de novecientos mil ecuatorianos consumen alcohol, demostrando que el 89,7% del consumo lo tienen los hombres y el 10,3%, las mujeres, la mayoría de estos consumidores empiezan a partir de la adolescencia. De los novecientos mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% es de jóvenes de entre 12 y 18 años. (El comercio. 2014. párr. 3).

No se ha identificado ningún estudio en Ecuador que refiera en literatura científica accesible lo relacionado con las lesiones, estados precáncer y cáncer de la cavidad bucal, de tal forma que se requiere conocer el comportamiento de estas patologías con el objetivo de mejorar la salud de la población. Así mismo en la parroquia Riochico no existe información que refiera referencias relacionadas con el tema de estudio, por lo que esta población puede estar expuesta a factores de riesgo y presentar lesiones y estados premalignos, siendo así mayor su predisposición de padecer cáncer bucal, que con un oportuno tratamiento y un adecuado manejo de los factores de riesgo, se pueda controlar o minimizar la causa de padecer este tipo de cáncer, lo que resulta de gran importancia para su prevención.

#### **1.4. Preguntas de la investigación.**

¿Cuál es la prevalencia de las lesiones y estados precáncer de la cavidad bucal?

¿Cuál es la prevalencia de cáncer en la cavidad bucal?

¿Qué factores de riesgo están presentes en la población estudiada?

¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo de lesiones, estados precáncer y cáncer oral en la población estudiada?

## **1.5. Delimitación de la investigación.**

Campo: Salud. Odontología.

Área: Patología bucal.

Aspectos: Lesiones y estados precáncer y cáncer de la cavidad bucal, factores de riesgo.

### **1.5.1. Delimitación espacial.**

Este estudio fue desarrollado en la población de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo, provincia de Manabí.

### **1.5.2. Delimitación temporal.**

La ejecución del trabajo se realizó en el período marzo – junio de 2015.

## **1.6. Justificación.**

El cáncer es un problema de salud a nivel mundial, por lo que se considera una de las tres causas más importantes de mortalidad humana. Es una enfermedad intrigante, muchas veces inesperada, que aparece como una sombra que oscurece la vida de miles de personas. (García, V. et al., 2005. párr. 1).

Ante la ausencia de conocimientos sobre la prevalencia de las lesiones y estados precáncer, así como de cáncer bucal y la presencia de factores de riesgo en la población de Riochico, el objetivo primordial de la investigación es aportar con un

nuevo conocimiento sobre la patología bucal que está afectando a la población, y de esta manera se constituye en una investigación inédita ya que se basa en datos estadísticos reales y actuales que puede permitir a las autoridades de salud, desarrollar un nuevo programa de prevención y control, acorde con la situación actual que existe.

Este trabajo fue factible porque formó parte del proyecto sobre cáncer bucal que se lleva a cabo en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, donde existe un centro de patología bucal, que realizó una consulta, en la cual se brindó seguridad y confianza a las personas que se examinaron y se diagnosticó como sana y con lesiones reversibles, por parte de los profesionales entrenados y en el que se apoyó el desarrollo de esta investigación.

## **1.7. Objetivos.**

### **1.7.1. Objetivo General.**

Caracterizar epidemiológicamente las lesiones, estados precáncer y cáncer bucal en población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo.

### **1.7.2. Objetivo Específico.**

Determinar la prevalencia de las lesiones y estados precáncer y cáncer bucal en población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo.

Identificar los factores de riesgo de lesiones, estados precáncer y cáncer bucal.

Caracterizar los factores de riesgo de acuerdo a los factores socio-demográficos.

## **CAPÍTULO II.**

### **2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.**

El cáncer es una enfermedad tan antigua como lo es la vida en nuestro planeta, son testimonios de ello los tumores encontrados en los huesos de fósiles de dinosaurios o en las momias humanas descubiertas en Egipto y Perú. (Cortinas, C. 1998. párr. 1).

Esta enfermedad es un factor importante de carga mundial de morbilidad, y lo será cada vez más en los decenios venideros, se estima que el número anual de casos nuevos pasará de los diez millones registrados en el 2000 a quince millones antes del 2020, cerca del 60% de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta, de los diez millones anuales de casos nuevos de cáncer 4,7 millones se registran en los países más desarrollados y casi 5,5 millones en los países menos desarrollados. (Morales, D. et al., 2009.párr. 1).

El término cáncer engloba a un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de células anormales que crecen y se dividen de forma aberrante en cualquier parte del cuerpo, provocando un problema de salud pública, y a pesar de los esfuerzos realizados continúa afectando y matando a un enorme número de personas sin distinción alguna. (Macarulla. et al., 2011. p. 31. & Salaverry, O. 2013. párr. 3).



El cuerpo humano es víctima de numerosas patologías que afectan al desarrollo normal de sus tejidos, bien afectando a la morfología de las células que lo forman o a su número, siendo la causa de éste desarrollo anómalo una adaptación por parte de nuestro organismo en algunos casos, pero también como consecuencia de un proceso patológico. Es el caso de las neoplasias, masas anormales de tejido cuyo crecimiento supera al de los tejidos normales sin estar coordinados con él. Además, parece que las neoplasias se comportan como parásitos y compiten con las células y los tejidos normales por los elementos que necesitan para satisfacer sus necesidades metabólicas. Todas las neoplasias dependen del huésped para su nutrición e irrigación, tienen una etiología multifactorial en la cual entran desde factores como agentes químicos y genética, hasta simples agresiones ambientales como tabaco, alcohol y lesiones repetitivas. (Gutiérrez, C. et al., 2009).

La cavidad bucal no está exenta de padecer este tipo de enfermedades premalignas y malignas, pero al igual que en otras partes del cuerpo hay lesiones que indican la posibilidad de la formación de un cáncer, en la boca nos podemos encontrar determinadas lesiones preneoplásicas que nos indican la oncogenia del cáncer, y que gracias a detección precoz, pueden ayudarnos a curarlos, de ahí la importancia de su estudio. (Gutiérrez C. et al., 2009. Párr.).

El cáncer de la cavidad bucal es el carcinoma escamocelular, aunque también es conocido como carcinoma espinocelular o carcinoma epidermoide, y se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio plano. (Napier de Souza et al., 2004. párr. 1).

La etiología de esta patología bucal es multifactorial, aunque está íntimamente relacionada con factores ambientales como el tabaquismo y el alcoholismo, otros factores que también puede ser considerados como agente cancerígenos son: la radiación ultravioleta, la deficiencia de vitamina A, C y E, defectos inmunes y virus, principalmente el papiloma virus, dentro de los factores de riesgo locales han sido señalados la mala higiene oral, el defecto en superficies dentarias, por traumatismos o caries y aparatos protéticos en mal estado. (Napier de Souza et al., 2004. párr. 1 & Muñante, J. et al., 2014).

El cuadro clínico se caracteriza generalmente por la presencia de placas blancas, placas eritematosas, placas entre eritematosas y blancas, úlceras de bordes levantados y masas exofíticas. Estas lesiones son típicamente asintomáticas, sin embargo, en las fases más avanzadas de la enfermedad el dolor puede ser leve o agudo e irradiado hacia el oído y la disfagia pueden ser quejas notorias. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica, la radioterapia, quimioterapia o ambos tratamientos. (Napier de Souza et al., 2004. párr. 1).

La prevalencia entre el hombre y la mujer es de 3:1, esto puede ser explicado por una mayor asociación entre el consumo de alcohol y de tabaco entre los hombres. En relación a la raza y la edad, hay una mayor incidencia que ha sido reportada en pacientes de raza blanca de más de 40 años, lo que difiere con el estudio de Riera y Martínez, en el que mencionan que la edad también es considerada un factor de riesgo, ya que ha aumentado el número de adultos jóvenes entre 20 y 30 años que han

desarrollado cáncer, especialmente en lengua. (Muñante, J. et al., 2014 & Riera, P. et al., 2005).

Los sitios anatómicos más afectados frecuentemente son: la lengua que es el lugar más común y se presenta entre un 40-60%, el piso de la boca que se presenta entre un 15-20%, las encías, el reborde alveolar, el paladar blando, paladar duro, área retromolar y la mucosa oral, todos ellos representan entre 10 y 40%. El carcinoma de la orofaringe es la sexta causa más común de malignidad en el mundo. Entre estos tipos de cáncer, el carcinoma espinocelular bucal es el más frecuente representando aproximadamente el 95% de los tumores maligno en esta región. (Muñante et al., 2014).

Cada tipo de cáncer se origina como una alteración en una de nuestras células que le induce a multiplicarse, dando lugar a una población de células hijas que se reproducen de un modo desenfrenado, el primer síntoma producido en crecimiento depende de su localización. Sin embargo, una característica común de todas estas células anómalas es que adquieren la habilidad de invadir los tejidos vecinos, y extenderse a través de la sangre y el sistema linfático para formar depósitos secundarios, llamados metástasis, en lugares distantes. (Cairns, J. 1981. p.2. Parr.2).

El cáncer bucal en su manifestación clínica más frecuente, puede pronunciarse siguiendo uno de estos 2 caminos (García & Bascones. 2009. p. 6):

De novo: desarrollándose de manera directa a partir de la mucosa sana.

Siguiendo la secuencia: el estado precanceroso, la displasia epitelial y finalmente el carcinoma.

El carcinoma espinocelular se puede presentar de distintas formas (Santana, J. 2002, p.25):

Carcinoma verrugoso: son característicos, presenta un bajo grado de malignidad, es muy exofítico y se erosiona además de invadir los tejidos subyacentes, incluso el tejido óseo. Histológicamente presenta grandes imágenes foliáceas muy queratinitizadas, con prolongaciones epiteliales interpapilares bulbosas. Las mitosis son raras.

Carcinoma fusocelular: a menudo se confunde con un sarcoma o carcinosarcoma, por la forma de huso de una parte o de la totalidad de sus células.

Linfoepitelioma con inclusión del carcinoma sincicial y del carcinoma de células de transición: el empleo de este término es una denominación incorrecta, pues el tumor es una variedad de carcinoma espinocelular. La presencia de células mal limitadas confiere al tumor un aspecto sincicial. En general, presentan un estroma linfoide.

El tratamiento del cáncer está determinado por su localización y el grado de avance en el que se ha diagnosticado. (Instituto de Cancerología E.S.E. de Colombia. 2004. p. 30).

El objetivo primordial del tratamiento del cáncer es erradicar la enfermedad, si este objetivo no puede lograrse, el segundo pasa a ser la paliación, es decir, la disminución de los síntomas, y la conservación de la calidad de vida al tiempo que se intenta prolongar ésta. (Harrison s/f p.1).

El precáncer bucal, lesión cancerizables o preneoplásica no es más que un tejido de morfología alterada, que es más propenso a cancerizarse que el tejido de apariencia normal. (Bordas, J. et al., (S/F). p. 535).

Son muchas las clasificaciones que se han realizado acerca de estas lesiones y estados premalignos. Al no existir criterios uniformes, estas se diferencian mucho de unos autores a otros. La OMS los clasifica a estos procesos de la siguiente manera (Albornoz, C. et al., 2010):

Lesiones precancerosas: leucoplasia, eritroplasia y paladar de fumador invertido.

Estados precancerosos: liquen plano, lupus discoide crónico y fibrosis oral submucosa.

La OMS, define la lesión precancerosa como un tejido de morfología alterada más propenso a cancerización que el tejido de apariencia normal. Es una alteración morfológica, tisular y focal de la mucosa de la boca, en la que a partir de ella puede desarrollarse un tumor maligno. (Albornoz, C. et al., 2010 & Santana, J. 2002, p.38).

La leucoplasia proviene del vocablo griego leucoplakia bucalis que significa leuco igual a blanco y plak, plakos igual a placa, es decir es una placa blanquecina en la mucosa bucal, que se podría presentar como una forma simple, placa blanco – grisácea, irregular de superficie elevada y a veces rugosa rodeada por una mucosa bucal de aspecto normal, otras veces se presenta como una membrana mucosa

descolorida blanquecina con líneas rojas de mucosa sana. (Bascones, A. 2009. p. 96-97).

La leucoplasia es la lesión premaligna más frecuente de la cavidad oral. La Organización Mundial de la Salud la define como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede caracterizarse como ninguna otra lesión conocida (candidiasis, leucoedema bucal, nevus esponjoso blanco, liquen plano, queratosis por fricción) y con una elevada tendencia a convertirse en un cáncer oral, afecta aproximadamente al 3% de los adultos de raza blanca. (Escribano, et al., 2009. párr.1 & Gutiérrez C. et al., 2009).

Estas lesiones suelen estar situadas en la mucosa alveolar, en la mucosa bucal y en el labio inferior. Las lesiones del suelo de la cavidad bucal, la de las partes laterales de la lengua y el labio inferior usualmente muestran un epitelio atípico o incluso un crecimiento maligno. (Gutiérrez C. et al., 2009).

Gutiérrez C. et al., (2009) han dividido a la leucoplasia oral en diferentes tipos:

La leucoplasia homogénea: está caracterizada por ser una lesión, uniforme, plana y delgada con una superficie lisa o arrugada que muestra grietas poco profundas pero con una textura constante en toda ella.

La leucoplasia no homogénea: es definida como una lesión predominantemente blanca o blanca y roja que puede tener un relieve irregular, nodular o exofítica.

Leucoplasia verrugosa proliferativa: la cual tiene un mayor riesgo de convertirse en maligna con un diagnóstico retrospectivo, en la cual se hace un seguimiento del paciente y de la evolución de la lesión.

El aspecto blanco de la leucoplasia se debe a la hiperqueratosis, que es su rasgo histopatológico, pero es la displasia epitelial, la que se utiliza para establecer su grado de premalignidad. (Miranda, et al., 2010).

El tabaco ha demostrado ser el factor más importante en el desarrollo de la leucoplasia, hasta el punto de que se considera que alrededor del 80% de las leucoplasias se asocian al hábito de fumar, en cuanto al sexo, la leucoplasia tiene mayor prevalencia en hombres que en mujeres, con una distribución de 3:1, con relación a la etiología se distinguen dos tipos de leucoplasias: leucoplasias asociadas al tabaco, y las leucoplasias idiopáticas. (Baladé, D. et al., 2009. p. 182).

A la eritroplasia durante muchos años se le han dado muchas definiciones, la OMS la define como una lesión roja que clínica y patológicamente no se puede reconocer como otra condición. Es una lesión preneoplásica, que parece una mancha o placa eritematosa, roja, aislada, de superficie lisa y aterciopelada, cuyo desarrollo no responde a un trastorno sistémico con manifestación bucal, por lo tanto al igual que la leucoplasia, la eritroplasia no tendría connotaciones histológicas. (Moret, et al., 2008. párr. 1 & Estrada, et al., 2010).

Las lesiones de la eritroplasia aparecen en ambos sexos, es una lesión asintomática, pero por estar asociada al consumo de tabaco, puede presentar síntomas

como ardentía y sequedad bucal, producidos por el abuso de este nocivo hábito. (Estrada, et al., 2010).

El suelo de la boca, la zona ventral y lateral de la lengua, la región retromolar, y el paladar blando son las regiones que con mayor frecuencia se ven afectadas por la eritroplasia. Las eritroplasias orales, que están entremezcladas con zonas blancas se denominan eritroleucoplasia y se cree que actúan del mismo modo que la eritroplasia oral. La apariencia rojiza está relacionada con un incremento de los vasos sanguíneos subepiteliales, una falta de la capa superior de queratina y a la delgadez del epitelio. (Gutiérrez, et al., 2009).

Estrada, G. et al., (2010) clasificaron a las eritroplasias en 3 grupos:

Eritroplasia homogénea: presenta una coloración rojiza y son más circunscritas y delimitadas.

Eritroplasia moteada: son sobre elevadas.

Eritroleucoplasia plana y lisa: alternan focos lesionales rojizos y blanquecinos.

A pesar de que su etiología es desconocida, se cree que existen factores como el tabaco, consumo crónico de alcohol, deficiencias nutricionales y los irritantes crónicos en la mucosa bucal que la producen, clínicamente se puede ver de distintas formas como una lesión roja, homogénea con un límite bien nítido, localizada en el paladar, la mucosa yugal, la lengua o el piso de la boca. (Ceccotti, E. s/f. p. 59 & Jiménez, C. 2008. párr. 8).



Es importante el diagnóstico de estas lesiones porque presentan una elevada frecuencia de displasia epitelial, la que se ha visto y puede inducir a que el 91% de los casos sean carcinomas in situ invasores. (Estrada, et al., 2010).

El paladar de fumador invertido es una forma curiosa de queratosis esta afecta principalmente el paladar, es producido por fumar diferentes tipos de cigarros o cigarrillos con la parte prendida en fuego dentro de la boca. (Belkis, A. s/f. p.1).

Cuando se fuma de forma invertida, con el extremo del cigarrillo que esta encendido hacia la cavidad bucal, el cigarrillo se sostiene con los dientes y se produce un sellado hermético con los labios los cuales mojan levemente el cigarrillo y el humo lentamente es inhalado, siendo los variados componentes del humo y el alquitrán condensados directamente sobre la superficie de los órganos dentales y el paladar. (Álvarez, G. 2008).

El humo es expulsado a través de la boca o del cigarrillo, y las cenizas son desechadas o en ocasiones se la tragan, al quedar humedecido por el contacto de los labios el cigarrillo, se relentiza la combustión, durando incluso hasta 18 minutos. Hoy en día, es posible encontrar gente joven que consumen tabaco de manera invertida, la cual es heredada de padres y abuelos. (Medina, et al., 2013. párr. 1).

En pacientes con el hábito de fumar invertido el aspecto clínico de la mucosa bucal varía cuando se hace la comparación con fumadores convencionales, estos cambios fueron llamados estomatitis nicotínica, denominado así por los cambios en el paladar duro, en fumadores de cigarro, se describió como puntos rojos pequeños con

fisuras y formaciones papilares halladas en áreas del paladar expuestas al humo, y no se ha observado en aquellas zonas protegidas con prótesis dentales. Adicionalmente se encontró que fumar de forma invertida produce una melanosísis en el paladar, y se observaron que las zonas más afectadas de la mucosa bucal incluían la lengua y el paladar. En países donde se practica el hábito de fumar invertido, se ha observado un amplio rango de cambios en los tejidos bucales que abarcan enfermedades tanto benignas y malignas de la mucosa. (Ardila, et al., 2013. párr. 3).

El epitelio puede ser hiperplásico o atrófico y no es displásico, hay paraqueratosis o hiperortoqueratosis muy variable. En algunos casos se muestran “espinas” paraqueratóticas focales llamadas también “*chevrons*”. La incontinencia pigmentaria es común, sobre todo en individuos con pigmentación oscura. El filtrado inflamatorio suele ser inexistente. (Gutiérrez, et al., 2009).

Los cambios que se provocan en la boca por el hábito de fumar son premalignos, es decir, es más fácil que estos pacientes desarrollen cáncer de boca y obviamente los sitios más afectados son paladar y lengua. (Álvarez G. 2008).

El paladar del fumador invertido puede tener formas muy variadas, en donde predominan las excrecencias queratóticas y los nódulos blanquecinos sobre zonas eritematosas; puede haber también áreas de queratinización difusa y ulceraciones superficiales, hay decoloración de la mucosa del paladar; la queratinización suele afectar con menor intensidad la parte posterior de la lengua. (Belkis, A. s/f. p.5).

El estado precanceroso es una condición generalizada, que se asocia con un aumento significativo de tener cáncer, es decir son una situación general del organismo con afectación multisistémica en la cual surgen neoplasias malignas con mayor frecuencia. (Santana, et al., 2010).

La OMS determina para los estados precancerosos, los siguientes: Liquen plano, Lupus discoide crónico y la Fibrosis oral submucosa. (Flores, et al., 2006).

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria y eruptiva de la piel, de marcha subaguda o crónica, que puede involucrar las mucosas, sobre todo, la mucosa bucal. (Fernández, et al., 2009).

La mayoría de los pacientes que padecen el liquen plano no tienen lesiones en la piel, al manifestarse bucalmente estas suelen ocurrir en meses o semanas antes de la aparición de las lesiones cutáneas, pero muchas veces no llegan a manifestarse, su etiología es desconocida, y se ha postulado que puede existir una causa genética. (Fernández, et al., 2009).

Se han descrito como factores que pueden influir en el empeoramiento del liquen plano a los siguientes (Bermejo, A. 2004. párr. 11):

Locales:

Mecánicos: prótesis, aristas dentales, metales,

Químicos: alcohol y tabaco,

Biológicos: placa bacteriana.

Fármacos:

Antimaláricos: cloroquina,

Antihipertensivos: metildopa, captopril, enalapril, propranolol.

Compuestos de metales: sales de oro, sales de bismuto.

Antiinflamatorios no esteroideos: fenilbutazona, ibuprofeno.

Diuréticos: furosemida, espironolactona.

Enfermedades sistémicas: ansiedad, diabetes, hipertensión arterial.

Las distintas formas clínicas del liquen plano se clasifican en (Reyes, E. 2013):

Reticular: Son líneas blanquecinas que no se desprenden al raspado, estas líneas son conocidas como estrías de Wickham, se encuentran ligeramente elevadas y dispuestas de forma estrellada o arboriforme que se entremezclan con un entramado reticular de fondo eritematoso o normal. En la mucosa bucal las lesiones suelen ser bilaterales y guardan cierta simetría. Generalmente esta forma es asintomática, se denomina como liquen plano blanco.

Atrófica: Se presenta como un área rosácea, eritematosa. Se localiza en la lengua en forma de depilaciones, en la mucosa yugal y en la encía. Cuando se sitúa a nivel gingival se llama gingivitis descamativa crónica. Se acompaña de sintomatología desde una sensación urente a auténtico dolor. Se denomina como liquen plano rojo.

Ulcerativa o erosiva: Son soluciones de continuidad en la mucosa, que dan lugar a úlceras. Especialmente se localiza en la mucosa yugal y lengua, aunque también se localiza en la encía, mucosa labial y paladar. Sintomatología con dolor intenso.

En placa: Es poco frecuente y es similar a la leucoplasia, son lesiones blancas elevadas, que no se quitan con el raspado y son de aspecto granuloso y textura ruda. Se localiza en la encía y la lengua y es bastante rebelde al tratamiento.

Los factores que agravan al liquen plano son: tabaco, placa dental, irritantes mecánicos. La complicación más grave que puede presentar un liquen plano es el desarrollo de un carcinoma de células escamosas, entre los tipos clínicos con mayor riesgo de malignización se encuentran las formas atrófico- erosivas. (Reyes, E. 2013).

El lupus eritematoso es una enfermedad crónica autoinmune que afecta el tejido conectivo y tiene preferencia por las mujeres en edad reproductiva. Aunque manifiesta un amplio espectro de lesiones, se ha clasificado dependiendo pues de las características clínicas en dos formas: sistémica y cutánea. Las lesiones bucales pueden manifestarse en los dos tipos de la enfermedad, son variadas las expresiones mucosas en esta entidad y conocer sus características clínicas, histopatológicas e inmunohistológicas es importante para definir la conducta a seguir y a la vez para diferenciarlas de otras entidades como por ejemplo el liquen plano bucal, que representa su principal diagnóstico diferencial. (López, et al., 2007).

Las lesiones discoides son frecuentes en los individuos con lesiones cutáneas de lupus discoide y en los que padecen lupus eritematoso sistémico, pudiendo en ocasiones ser la primera manifestación de dichos cuadros, algunas lesiones discoides pueden ser muy semejantes a la leucoplasia y al liquen plano, pero la diferencia es que

suelen tener un mayor componente eritematoso y presentan una característica de disposición radial de capilares en la periferia de la placa. Cuando existen las manifestaciones cutáneas generales son fundamentales en el diagnóstico. (Martínez, et al., 2008, p. 40, párr. 9).

Las lesiones bucales suelen ser asintomáticas, razón por la que generalmente pasan desapercibidas por el paciente, de aquí la importancia del examen clínico bucal sistematizado y de rutina. Cuando presentan sintomatología dolorosa generalmente está asociada a trauma por el cepillado. Cuando hay lesiones se pueden presentar como una erosión de la mucosa bucal, placas de superficie descamativa o fisuras que tienden a ser hemorrágica, ulceraciones o erosión dentro de placas o estrías blancas irradiadas llamadas comúnmente lesiones discoideas y máculas eritematosas extensas que pueden o no estar acompañadas de áreas ulcerativas o erosionadas y en un mismo paciente podríamos encontrar expresión de todas ellas o combinaciones. La dimensión de las lesiones es variable, las úlceras por ejemplo pueden ir desde una erosión pequeña y superficial hasta un área francamente ulcerada, larga y grande. (López, et al., 2007).

La fibrosis submucosa oral es una enfermedad crónica de la cavidad bucal, se encuentra comúnmente en pacientes del subcontinente asiático y el Lejano Oriente pero, como resultado de la migración de poblaciones, se está observando un número cada vez mayor de casos en otros países. Esta patología se caracteriza por la acumulación de bandas de colágeno constrictivas en las mejillas y las estructuras adyacentes de la boca, que pueden causar problemas con el habla y la deglución y

restringir gravemente la apertura de la boca y el movimiento de la lengua, además de dolor y una sensación ardiente al comer alimentos picantes; sensación de sequedad en la boca y pérdida de audición. (Reyes, E. 2013).

Clínicamente la fibrosis oral submucosa se presenta como una especie de estomatitis o como úlceras en la mucosa, fibrosis de las vesículas rotas, úlceras en un estadio más temprano, aparición de bandas fibrosas en las mejillas y los labios, despigmentación de las encías y la mucosa, deformación y consistencia gomosa del velo del paladar, apariencia blanquecina y coriácea del suelo de la boca que aparecen, por lo general, más tarde. La etiología se considera multifactorial, se han sugerido como agentes causales el hábito de mascar betel, el uso excesivo de ajíes y especias, una mala nutrición y la deficiencia de vitaminas y hierro, el consumo del tabaco y el alcohol contribuyen significativamente en la transformación de la fibrosis oral submucosa en cáncer. El diagnóstico de la fibrosis oral submucosa debería basarse en los antecedentes y la exploración clínica y confirmarse mediante la histopatología. (Reyes, E. 2013).

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos de individuos, que aumenta la frecuencia e incrementa la probabilidad de daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas que afectan la salud. (Rodríguez, A. 1997. Párr. 9).

Por su parte la OMS. (2014) define por factor de riesgo como cualquier característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una

enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar el consumo de tabaco y alcohol. (párr. 1).

En ocasiones, un factor de riesgo produce un resultado, pero la combinación de dos o más factores aumenta la probabilidad de los resultados. (Quintana, et al., 2004. Párr. 1).

Las causas del cáncer bucal han sido discutidas por diferentes autores, así mismo se observa que el Instituto de Cancerología E.S.E. de Colombia (2004) hace referencia que el cáncer no se origina por una sola causa, en realidad es producido por múltiples factores, por eso se dice que el cáncer es una enfermedad multifactorial. Las causas del cáncer se clasifican en dos categorías: Las causas externas son las que están produciendo en la actualidad la mayoría de los cánceres, entre estos factores tenemos: sustancias químicas, agentes físicos o biológicos que afectan los genes de las células transformándolas en cancerosas. Las causas internas son una predisposición genética, lo que quiere decir que se hereda en ciertas familias, un gen anormal que hace que sus miembros presenten una alta probabilidad de desarrollar cáncer. (p.12).

Núñez, Z (2009) determinó que los agentes causales del cáncer bucal han sido divididos según su mecanismo de acción sobre el cuerpo humano en dos grandes grupos:

Exógenos o extrínsecos: Son aquellos que actúan por vías extracorporales conocidas y dadas por daños físicos, químicos o biológicos a nivel tisular.



Endógenos o intrínsecos: Este tipo de agentes causales actúan por vías intracorporales, poco esclarecidas y justificados por bases genéticas, cambios endócrinos, déficit inmunológico y desórdenes nutricionales que afectan a los tejidos. (párr. 2).

Los factores de riesgos más cercanos e influyentes en el desarrollo de un carcinoma escamocelular bucal son el consumo del alcohol y el tabaco en cualquiera de sus formas. (Santana, J. 2002. p.35).

Estos carcinógenos, son sustancias que pueden producir cáncer, la exposición prolongada tanto a uno como al otro aumentan de forma considerable el riesgo de tener esta patología no sólo en la cavidad oral, sino también en la garganta y en todo el tracto aéreo digestivo superior. (Gomez, G .(s/f). párr. 6).

Como consecuencia del tabaquismo, hay varias sustancias cancerígenas que actúan a nivel sistémico como la nicotina y localmente como los alquitranes, nitrosaminas e hidrocarburos aromáticos y policíclicos sobre los tejidos bucales, causando cambios físicos, químicos y biológicos que conducen a la aparición de neoplasias, de esta manera se producen en la boca, las llamadas lesiones tabáquicas cuya severidad depende del tiempo y la forma en que se fume, pues no se ocasionan iguales daños cuando se fuman cigarrillos, cigarros o tabacos y pipas, o se practique con la candela hacia dentro. (Núñez, Z. 2009. párr. 3).

Cortina, C. (1998) hay más mortalidad entre los que empezaron a consumir cigarrillos alrededor de los 15 años de edad, que entre los que lo hicieron después de los 25 años, el número de muertes se incrementa cuando aumenta el número de cigarrillos que se fuman al día, en todos los grupos de edades. Otro hecho importante es que las personas que viven con fumadores e inhalan el humo que contamina el aire de lugares cerrados, es decir los fumadores pasivos, también tienen un riesgo elevado de contraer cáncer. (p. 36).

En el 2010 el Ministerio de Salud Pública (MSP) con su programa de control y de prevención del tabaquismo del Ecuador detalló que el 22 % de los mayores de 18 años se consideró fumador, mientras que entre los adolescentes de entre 13 y 15 años esta cifra era del 26 %, considerando de esta manera que mientras más jóvenes consumen tabaco mayor será la probabilidad de convertirse en adictos al tabaco. (El telégrafo. 2011. párr. 3).

El alcohol por su parte actúa de manera local produciendo irritación y deshidratación de las mucosas y facilitando la acción de otros carcinógenos, el alcohol funciona como alimento cuando se consume en grandes cantidades y produce la pérdida del apetito, por lo que la persona se alimenta mal y disminuyen las reservas de proteínas, aminoácidos y demás nutrientes, que no pueden ser compensados y producen inmunodepresión que favorece la aparición de neoplasias. (Núñez, Z. 2009. párr. 4).

Hernández, D, et al., (s/f) menciona que el alcoholismo no es más que el abuso de la ingesta de alcohol por parte de una persona, es una enfermedad que puede ser tratada o no, siempre y cuando la persona esté dispuesta a combatir esta enfermedad.

Según la última estadística del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador, más de novecientos mil ecuatorianos consumen alcohol, demostrando que el 89,7% del consumo lo tienen los hombres y el 10,3%, las mujeres, la mayoría de estos consumidores empiezan a partir de la adolescencia. De los novecientos mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% es de jóvenes de entre 12 y 18 años. (El comercio. 2014. párr. 3).

En Ecuador la cerveza es la bebida alcohólica preferida por quienes consumen licores con un 79,2%, el 41,0% de las personas que consumen alcohol lo hacen semanalmente. (El Comercio. (s/f). párr. 2).

Existen diversos alimentos y dietas que han sido asociados con la aparición del cáncer del tracto respiratorio alto. La ingesta de frutas y vegetales, asociado a la cantidad de vitaminas C, E, flavonoides y betacarotenos, disminuye el riesgo de padecer cáncer bucal. Los fumadores duplican su riesgo de padecer cáncer si tienen un consumo bajo de frutas y vegetales, aunque se sabe que los carotenoides disminuyen el riesgo, no se puede decir cuál o cuáles de los más de 500 tipos de esta sustancia tienen un papel protector. (Gallegos, J. 2006. p.290-291).

Los malos hábitos alimenticios que los pacientes tienen con algunos nutrientes están asociados a muchas enfermedades como el cáncer oral (García, et al., 2009):

Las grasas no muestran relación con el cáncer oral, pero sí con el cáncer de intestino, páncreas e hígado.

Las frutas y verduras son ricas en nutrientes y tienen un efecto antioxidante que nos protege del cáncer oral. Son varios los estudios en relación al licopeno, sustancia que contiene el tomate y se libera tras la cocción del mismo que actúa como antioxidante.

El consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes contribuye al desarrollo del cáncer oral, por que desprenden sustancias carcinógenas como las aminas heterocíclicas. (p. 4).

La edad también es considerada un factor de riesgo del cáncer, por lo que el 90% de los cánceres orales se diagnostican en personas mayores de 40 años y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente ha aumentado la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano. (García, et al., 2009. párr. 15).

La raza se asocia al tipo de cáncer de las vías aero digestivas superiores. Entre la población afroamericana de Estados Unidos la tasa de cáncer de cavidad bucal y orofaringe es cuatro veces mayor que en blancos y latinos; por lo tanto la

supervivencia es también menor en ese grupo étnico, asociada al diagnóstico en etapas más avanzadas. (Gallegos, J. 2006. p.288).

En cuanto al sexo el incremento del hábito tabáquico de la mujer desde fines de los años sesenta ha hecho que la proporción hombre a mujer cambie de 6:1 a 4:1. Existen informes de una leve disminución de la tasa de cáncer de cabeza y cuello en el hombre y aumento en las mujeres. (Gallegos, J. 2006. p.288).

Existen dos tipos de radiaciones que se consideran factores de riesgo en la aparición del cáncer: la radiación ultravioleta proveniente de los rayos solares y de otras fuentes industriales, así como, las radiaciones ionizantes, entre las que se incluyen los rayos x. El sol es la principal fuente de rayos ultravioleta, para la población en general y a mayor exposición, mayor es el riesgo de desarrollar cáncer. (Instituto de Cancerología E.S.E. de Colombia. 2004. p. 19).

Las personas con poca pigmentación en la piel que están sometidas a una exposición solar prolongada y por su ocupación, presentan mayor riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide de labio. El labio sufre una serie de cambios preneoplásicos que progresan más intensamente cuando la dosis de radiación actínica se acumula y cuando se va envejeciendo, a estos cambios se les nombra queilitis actínica, si se continua con la exposición al sol sería aún más probable desarrollar un carcinoma epidermoide. (García, et al., 2008. p.5).

Estudios han demostrado que existe una asociación entre los agentes infecciosos de origen biológico, como el virus del papiloma humano y el riesgo de desarrollar cáncer. (Instituto de cancerología E.S.E. de Colombia 2004, p. 16).

El virus del papiloma humano tiene una preferencia especial por los epitelios de células escamosas y su ciclo productivo es mantenido sólo por las células epiteliales; en un epitelio se infectan las células basales encargadas de la síntesis de ADN, en donde se inicia su replicación, el carcinoma verrugoso es el tipo histológico más asociado a infección por virus del papiloma humano. (Gallegos, J. 2006. p. 289).

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) contribuye al desarrollo de tumores y por ende a un mal pronóstico, sin embargo existe poca evidencia de que el virus de inmunodeficiencia humana sea directamente oncogénico, aunque la infección viral pueda contribuir a la patogénesis o complicar el tratamiento neoplásico. No se ha encontrado alguna proteína viral directamente transformadora ni una transducción de oncogenes celulares. A pesar de esto, la asociación entre la infección por virus de inmunodeficiencia humana y el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, en especial de la cavidad oral, ha mostrado un incremento. (Gallegos, J. 2006. p. 290).

Para las personas con VIH se ha encontrado que no es diferente el sitio de origen del tumor en relación con el grupo de personas no infectadas por VIH, pero la neoplasia suele estar en etapa más avanzada y asociarse a múltiples lesiones

precancerosas, generalmente las personas portadoras de VIH también tiene historia de intoxicación alcohol-tabaco e infecciones por otros virus, en especial el papiloma humano; la inmunosupresión causada por la infección por el VIH podría desempeñar un papel de cofactor en la génesis de los carcinomas epidermoides de vías aerodigestivas superiores. (Gallegos, J. 2006. p. 290).

Personas con situaciones socioeconómicas y ocupacionales han presentado una mayor prevalencia del cáncer oral, especialmente los trabajadores de la rama textil, comerciantes de alcohol, trabajadores de imprentas, manipuladores de material fosforescente para fabricar las esferas de los relojes y también en las clases sociales más desfavorecidas y en individuos divorciados debido a problemas de malnutrición. (García & Bascones. 2008. p. 5).

Cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica. Los efectos de presión, tracción y empuje que se producen pueden causar acciones irritantes sobre la misma. Cuando estos efectos son de mayor intensidad, generan un estímulo patógeno que rompe el equilibrio y conduce a una irritación tisular, acompañada de reacciones inflamatorias que producen papilomatosis, épulis fisurado, úlceras traumáticas, neoplasias y la estomatitis subprótesis. Resulta difícil poder valorar la posible relación existente entre la presencia de una dentición en mal estado, prótesis mal adaptadas y antiguas y dientes rotos o astillados con la existencia de cáncer oral, sin embargo, algunos estudios avalan esta relación. (Expósito, et al., 2010. párr. 1 & García, et al., 2008. p.5).

En nuestro organismo se llevan a cabo procesos en los que se generan moléculas sumamente reactivas que de no ser estabilizadas. Estas pueden ocasionar daños genéticos o estímulos proliferativos, los cuales provocan el desarrollo de cáncer en sujetos que se encuentran con las defensas en niveles bajos. (Cortinas, C 1998 p.24).

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal, es un deber de los odontólogos identificar, prevenir y eliminar las lesiones, porque al evaluar su proceso evolutivo, se está realizando la detección o la prevención de un cáncer. (Gonzales, et al., 2010. párr. 1).

La prevención tiene como base inducir a la población a eliminar hábitos, como lo son el tabaco y el alcohol. (Santana, J. 2002. p.6).

Harrison. (s/f) determinó que para la prevención y el control del cáncer es fundamental comprender que la carcinogenia es un proceso, es decir una serie de cambios celulares determinados que dan lugar a procesos celulares cada vez más autónomos. La prevención primaria es la identificación y manipulación de los factores genéticos, biológicos y ambientales de la vía causal. El abandono del hábito de fumar, la modificación de la dieta y la quimio prevención son actividades de prevención primaria y la prevención secundaria es la identificación de lesiones neoplásicas asintomáticas combinada con un tratamiento eficaz. La detección sistemática es una forma de prevención secundaria. (párr. 2).



Analizando la Revista Avances en Odontoestomatología (2008) podemos mencionar que:

El mejor tratamiento de cualquier enfermedad es su prevención primaria, es decir disminuir la probabilidad de que se produzca una enfermedad.

La prevención secundaria del cáncer se da cuando no existe prevención primaria o ésta ha fracasado, esta pasa por la detección y terapéutica tempranas de la lesión precancerosa o maligna. El diagnóstico y el tratamiento precoces de la enfermedad permitirán controlarla con mayor facilidad.

La prevención terciaria consiste en actuar sobre la enfermedad cancerosa, cuando ya está bien establecida con o sin secuelas y su finalidad se basa en limitar la lesión y evitar un mal mayor. (Revista Avances en Odontoestomatología. 2008. párr.3-4-5).

Todo odontólogo tiene la responsabilidad en la educación, detección precoz, el diagnóstico y la remisión al especialista de los pacientes con cáncer oral. La boca es un área muy accesible por lo que la detección de lesiones o condiciones premalignas no es dificultosa. El cumplir con el deber de esta responsabilidad por parte de todos los odontólogos proporcionará una tasa de supervivencia mayor para nuestros pacientes y una marcada reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad mundial. (García & Bascones. 2008. p. 9).

## **2.1. Unidades de observación y análisis.**

Individuos mayores de 15 a 25 años que habitan en la parroquia Riochico

## **2.2. Variables.**

Leucoplasia, eritroplasia, paladar del fumador invertido, liquen plano, lupus discoide crónico, fibrosis oral submucosa, carcinoma oral de células escamosas, edad, sexo, ocupación, nivel educacional, tiempo de uso de prótesis, dieta, tabaco, alcohol, factor hereditario, exposición al sol, color de piel.

## **2.3. Matriz de Operacionalización de las Variables (Anexo 1).**

## **CAPÍTULO III.**

### **3. Marco metodológico.**

#### **3.1. Modalidad de la investigación.**

Estudio epidemiológico exploratorio.

#### **3.2. Tipo de investigación.**

Descriptiva de corte transversal.

#### **3.3. Métodos.**

Para darle salida a los objetivos se realizó un examen intraoral exhaustivo a todas las unidades de observación para identificar la presencia de lesiones y estados precancerosos.

Para identificar los factores de riesgo se realizó una encuesta (**Anexo 2**) mediante la aplicación de un instrumento confeccionado al efecto que incluyó variables

sociodemográficas y aquellas relacionadas a las lesiones y los estados precancerosos en la cavidad bucal.

En los casos que se encontraron lesiones, fueron reflejados en una ficha de recolección de datos (**Anexo 3**) por pacientes, los cuales fueron remitidos a la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo para confirmar el diagnóstico.

### **3.4. Técnicas.**

Examen Bucal: Se realizó el diagnóstico clínico de cada paciente mediante la observación y palpación de la cavidad bucal para identificar la presencia de lesiones y estados precancerosos.

Encuesta: Se aplicó un cuestionario (**Anexo 2**) a cada paciente de la población de estudio para identificar los factores de riesgo presentes.

### **3.5. Instrumentos.**

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

Cuestionario: Instrumento desarrollado al efecto, en el cual se exploraron variables generales sociodemográficas y aquellas relacionadas con los factores de riesgo vinculadas a las lesiones y estados premalignos y el cáncer bucal. El mismo fue validado y mejorado en forma y contenido, por un grupo de expertos constituidos por

docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo con más de 5 años de experiencia investigativa. (**Anexo 2**).

Matriz de observación: Se confecciono atendiendo a las manifestaciones clínicas y la severidad de las lesiones y estados precancerosos, se incluyeron además datos del paciente y del facultativo. (**Anexo 3**).

### **3.6. Recursos.**

Humano:

Director de Tesis.

Investigadoras.

Tecnológicos:

Laptop.

Cámara.

Memoria USB.

Internet.

Disco duro externo.

Impresora.

Materiales:

Guantes.

Mascarillas.

Baja-lenguas.

Campos Operatorios.

Tinta negra.

Hojas.

Esferos.

Lámpara de luz.

Económico:

Esta investigación obtuvo un costo aproximado de \$524.70 dólares americanos, que fue financiado por las investigadoras. **(Anexo 6)**.

### **3.7. Población y muestra.**

#### 3.7.1. Población.

Población de 15 a 25 años de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo.

#### 3.7.2. Muestra.

Se realizó un muestreo por conveniencia, según criterios de expertos, el cual contempló una cifra de 188 personas, que incluyeron estudiantes y parte del personal

docente de los colegios Unidad Educativa Fiscal Playa Prieta y la Unidad Educativa Fiscal 3 de Mayo, además se contó con la participación de parte de la población de Riochico.

### 3.7.3. Tipo de Muestra.

Muestrea no aleatoria.

## **3.8. Recolección de la información.**

La información fue recopilada a través del cuestionario mediante la encuesta aplicada. En las personas con presencia o sospecha de lesión precancerosa se llenó la planilla de recolección de datos, posteriormente el diagnóstico definitivo fue establecido por el cirujano odontólogo.

## **3.9. Procesamiento de la información.**

Con las variables de estudio se obtuvieron valores de tendencia central de dispersión, para las cuantitativas, así como sus frecuencias, para las cualitativas. Todo el procedimiento se realizó mediante el paquete SPSS versión 20.0 para Windows. Los resultados del análisis se expresaron en cuadros.

## **3.10. Consideraciones éticas.**

A todas las personas que intervinieron en este estudio, se les consultó su participación voluntaria, se les informó en qué consistía el trabajo que se realizó, así

como que la información, fue anónima y solo empleó con fines científicos, se les hizo firmar además un documento de consentimiento de participación. (**Anexo 4**).



## CAPÍTULO IV.

### 4. Análisis e Interpretación de los resultados.

El presente trabajo tuvo como escenario la parroquia Riochico, del cantón Portoviejo, en la que se estudiaron 188 personas, que incluyeron estudiantes del primero, segundo y tercer año de bachillerato, así como parte del personal docente, para lo que se visitaron los colegios Unidad Educativa Fiscal Playa Prieta y la Unidad Educativa Fiscal 3 de Mayo, además se contó con parte de la población de Riochico.

La edad mayormente representada fue de 15 años, con un 38,0% (71 casos), y el de 16 años, con un 32,0% (61 casos), siguiéndole el de 17 a 19 años con un 19,0% (36 casos), el grupo de edades de 20 a 22 años, obtuvo un porcentaje de 6,0% (11 casos), y por último el grupo de 23 a 25 años que obtuvo un 5,0% (9 casos), respectivamente.

**Cuadro 1. Comportamiento de la edad del grupo estudiado, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

<b>Comportamiento de la edad</b>		
<b>Media</b>	16	
<b>Mediana</b>	16	
<b>Moda</b>	15	
<b>Mínimo</b>	15	
<b>Máximo</b>	25	
<b>Percentiles</b>		
	<b>25</b>	15
	<b>50</b>	16
	<b>75</b>	17

Fuente: Encuesta.

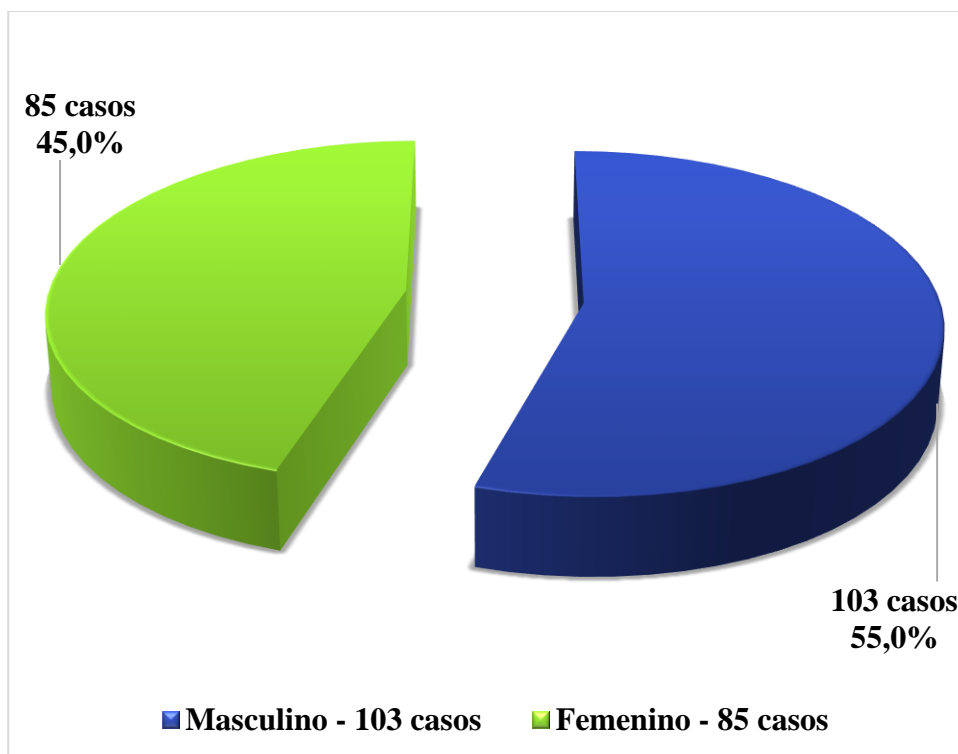
Como se observa en el cuadro 1, el grupo de personas estudiadas mostró un valor medio de edad de 16 años, observándose una mediana de 16 años, una moda de 15 años, y un valor mínimo y máximo de 15 a 25 años, respectivamente, los percentiles nos muestran que las proporciones, dentro del rango etario, se encuentra hacia las edades más jóvenes, es decir están mayormente representado en las edades desde los 15 años hasta los 17 años.

En un estudio similar, realizado por Riera, P. & Martínez, B. (2005), considera a la edad como un factor de riesgo, observando sin embargo que ha aumentado el número de adultos jóvenes entre 20 y 30 años que han desarrollado cáncer, especialmente en la lengua.

En Argentina, la aparición de cáncer bucal estadísticamente aumentó a pasos agigantados en adolescentes y adultos jóvenes, lo que antes era prácticamente asociado al paciente de la tercera edad, es decir, los tumores bucales representan el 4% del total de todos los tipos cáncer, y entre 2000 y 3000 personas se enferman cada año de cáncer bucal. (Zimmer, S. 2014. párr.2).

En Costa Rica la tasa de mortalidad se incrementa conforme aumenta la edad, en ambos sexos, especialmente a partir de los 50 años. (Howard, M. & Castillo, J. 2004. p.95).

**Gráfico. 1. Distribución por género de la población estudiada, Parroquia Riochico, Cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

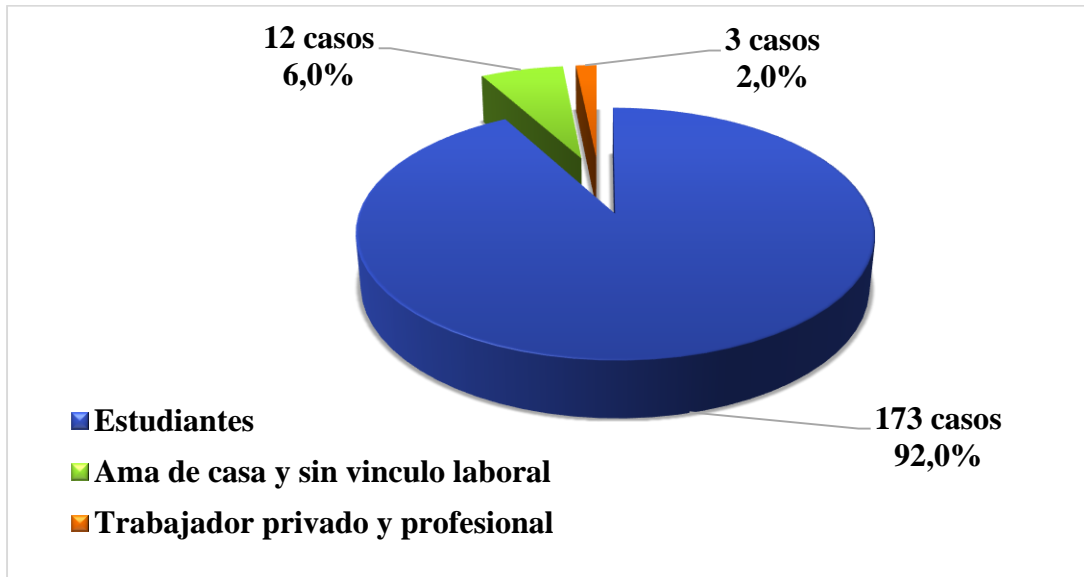


Fuente: Encuesta.

La distribución por género de la población estudiada mostró una mayor proporción masculina con 103 casos (54,8%), y el resto corresponde a mujeres con 85 casos (45,2%), lo que se puede observar en el Gráfico 1. Estos resultados pueden deberse al tipo de muestreo empleado, por conveniencia y sin aleatorización.

En un estudio sobre cáncer bucal se observó que la prevalencia mayor entre el hombre y la mujer fue de 3:1, lo que se explicó por la posible relación entre el consumo de alcohol y de tabaco entre los hombres. (Muñante, J. & Passeri, L. 2014).

**Gráfico 2. Distribución de la ocupación de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

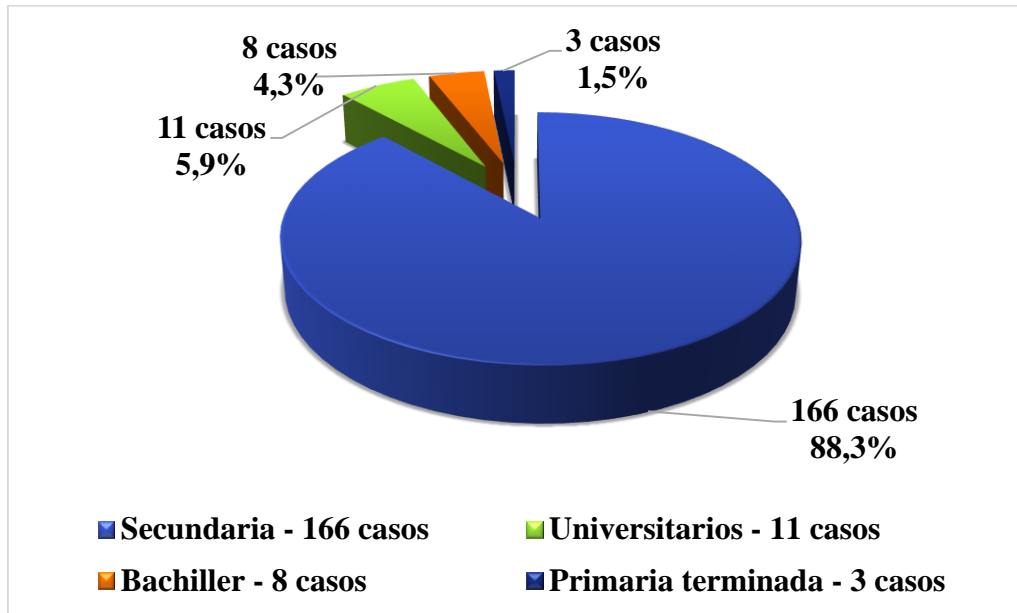


Fuente: Encuesta.

Se observa en el Gráfico 2, que la ocupación de mayor prevalencia fue la de los estudiantes con 173 casos (92,0%), a la que le sigue, ama de casa y sin vínculo laboral, ambas con 12 casos (6,0%), y los trabajadores privados y profesionales con 3 casos (2,0%), respectivamente, lo que puede deberse al grupo de edades estudiado.

La ocupación es considerada como un factor de riesgo en el desarrollo del cáncer, para ciertas labores específicas, por lo que los centros de trabajo con alta concentración de sustancias cancerígenas como el arsénico (campesinos), amianto (mecánicos), formaldehído (trabajadores de madera, papel y textil), plaguicidas (agricultores) y hollín (albañiles), son los que se señalan como factores de riesgo para el cáncer. (Hernández, O. et al., 2014. párr. 8).

**Gráfico 3. Distribución por nivel escolar de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

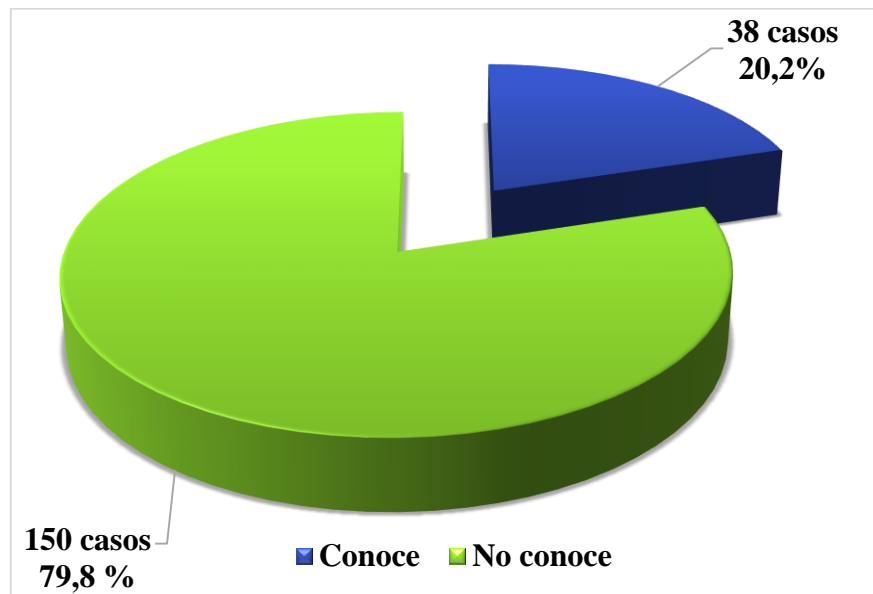


Fuente: Encuesta.

El nivel escolar de la población estudiada se muestra en el Gráfico 3. Se observa que 88,3% alcanzó como máximo el nivel de educación secundaria (166 casos), 11 casos tienen un nivel de educación de universitarios (5,9%), 8 casos corresponden a bachilleres (4,3%), y los restantes tienen la primaria terminada, representado por 3 casos (1,5 %), lo que se explica también por el grupo etario estudiado.

Robledo et al., en su estudio realizado en la ciudad de Córdoba, observaron que aquellos individuos con mayor nivel de educación o estudios de nivel terciario o universitario completo, fueron los que manifestaron tener un mayor conocimiento sobre el cáncer bucal. (2008, p. 25).

**Gráfico 4. Conocimiento sobre la existencia del cáncer bucal de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**



Fuente: Encuesta.

En el Gráfico 4, se muestra la distribución de los encuestados que expresaron conocer sobre la existencia del cáncer bucal. Como se observa 150 (79,8%) manifestaron no conocer sobre la existencia de esta patología, lo que redundaría en una mayor vulnerabilidad en esta población relacionada con la exposición a factores de riesgo que pueda incrementar la probabilidad de tener cáncer bucal. Solo 38 casos (20,2%) manifestaron lo contrario.

El conocimiento de la población sobre una enfermedad y sus factores de riesgo motiva al autocuidado del examen clínico por la salud. Este induce a la búsqueda profesional de salud al identificar la presencia de una alteración en su boca, que podría estar relacionada con un cáncer bucal. (Howard, M. & Castillo, J. 2004. p.95).

**Cuadro 2. Relación de conocimiento del cáncer bucal de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

<b>Factores identificados por los encuestados</b>	<b>Prevalencias</b>
<b>Tabaco</b>	<b>20</b>
<b>Mala Higiene</b>	<b>16</b>
<b>Alcohol</b>	<b>13</b>
<b>Caries</b>	<b>11</b>

Fuente: Encuesta.

Atendiendo a los encuestados que expresaron conocer sobre la existencia del cáncer bucal, se pudo encontrar en el Cuadro 2, que de las 60 personas que manifestaron que si, 20 personas, creen que se produce por el hábito de fumar, mientras que 16 individuos manifestaron que el cáncer bucal se producía por la mala higiene bucal, con respecto al consumo de alcohol 13 casos manifestaron que esta podría ser su causa, y por último con 11 casos expresaron que las causantes del cáncer eran las caries, lo que nos demuestra que a pesar de que los encuestados manifestaron creer que tenían conocimientos acerca del cáncer bucal, los resultados son bajos, ninguno identificó de manera integral los factores de riesgo de cáncer más relevantes.

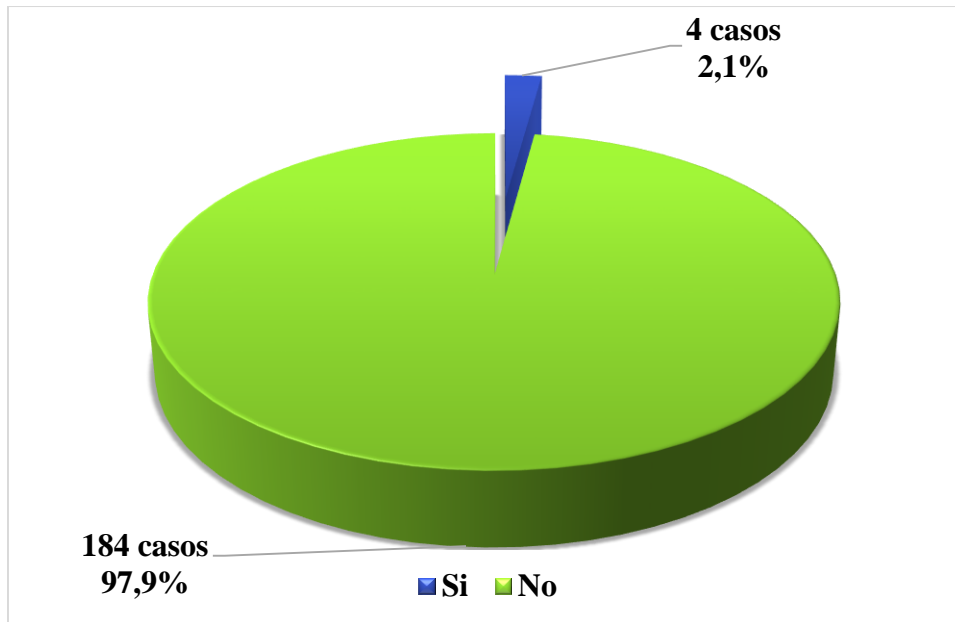
En un estudio del Instituto de Cancerología E.S.E. de Colombia (2004) se hace referencia de que el cáncer no se origina por solo una causa, en realidad es producido

por múltiples factores, por eso se dice que el cáncer es una enfermedad multifactorial.  
(p.12).

Las causas del cáncer bucal han sido discutidas por diferentes autores, así mismo se observa que el Instituto de Cancerología de Colombia (2004) hace referencia que las causas del cáncer las clasifican en dos categorías: Las causas externas son las que están produciendo en la actualidad la mayoría de los cánceres, entre estos factores tenemos: sustancias químicas, agentes físicos o biológicos que afectan los genes de las células transformándolas en cancerosas. Las causas internas son una predisposición genética, lo que quiere decir que se hereda en ciertas familias, un gen anormal que hace que sus miembros tengan mayor probabilidad de desarrollar o padecer de cáncer.  
(p.12).



**Gráfico 5. Hábito de fumar entre los encuestados, según número de casos y porcentajes, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**



Fuente: Encuesta.

De acuerdo a los resultados que se muestran en el Gráfico 5, podemos observar que 4 personas (2,1%) refirieron consumir tabaco y 184 personas (97,9%) manifestaron no consumirlo. Cabe recalcar que aunque en nuestro estudio nos indica que hay un consumo muy bajo de tabaco hay que poner mucha importancia porque es un hábito que se encuentra presente en la población además de que los encuestados se encuentran en las edades más críticas para comenzar a adquirir estos hábitos tóxicos.

En el año 2010 el Ministerio de Salud Pública de Ecuador con su programa de control y de prevención del tabaquismo, en el país se detalló que el 22 % de los mayores de 18 años eran fumadores, mientras que en adolescentes entre 13 y 15 años esta cifra fue del 26 %, considerando de esta manera que mientras más jóvenes

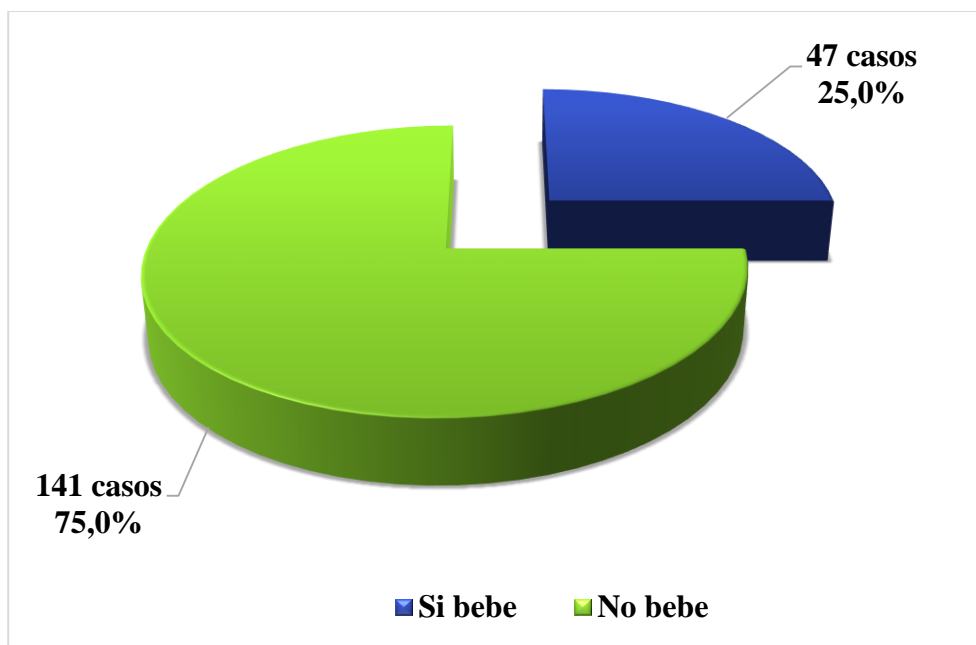
consumen tabaco mayor será la probabilidad de convertirse en adictos al tabaco. (El telégrafo. 2011. párr. 3).

Núñez, Z. (2009) menciona que como consecuencia del tabaquismo, hay varias sustancias cancerígenas que actúan a nivel sistémico, como la nicotina, y localmente, como los alquitranes que actúan sobre los tejidos bucales, causando cambios físicos, químicos y biológicos que conducen a la aparición de neoplasias.

Los fumadores identificados en nuestro estudio tienen un consumo medio diario de 1,5 cigarrillos, observándose una mediana de 1,5 cigarrillos y moda de 1 cigarrillo. El valor mínimo de consumo obtenido fue de 1 cigarrillo y el máximo de 2 cigarrillos.

Cortina, C. (1998) plantea en una publicación que hay más mortalidad entre los que empezaron a consumir cigarros alrededor de los 15 años de edad que entre los que lo hicieron después de los 25 años. El número de muertes se incrementa cuando aumenta el número de cigarros que se fuman al día, en todos los grupos de edades. Otro hecho importante es que las personas que conviven con fumadores e inhalan el humo que contamina el aire de lugares cerrados, es decir los fumadores pasivos, también tienen un riesgo elevado de contraer cáncer. (p. 36).

**Gráfico 6. Distribución del consumo de bebidas alcohólicas de los encuestados, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**



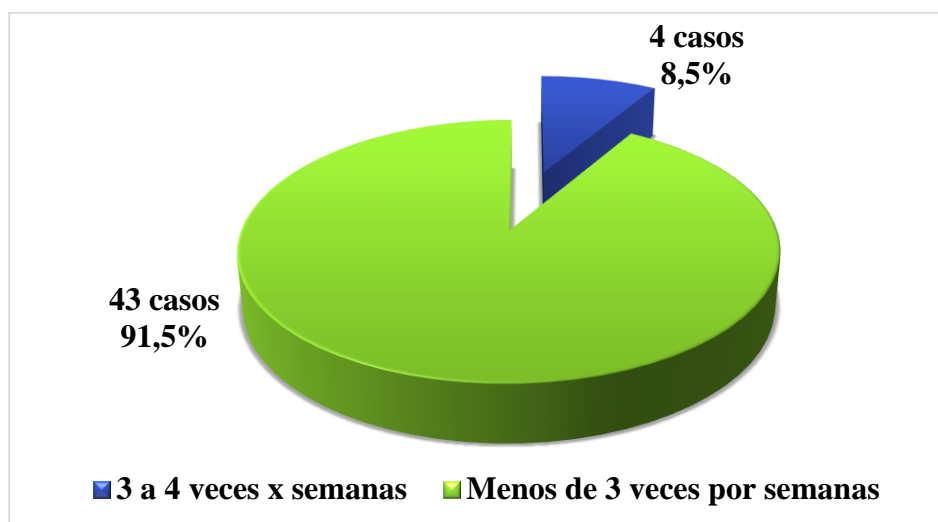
Fuente: Encuesta.

La distribución del consumo de bebidas alcohólicas en la población encuestada, se observa en el Gráfico 6, encontrando así que 141 casos (75,0%) de los encuestados, reportaron no ingerir bebidas alcohólicas, mientras que 47 casos (25,0%) lo ingiere. A pesar de que el valor obtenido no es alto, es un factor presente en la población al que se le debe tener en consideración para el desarrollo de cualquier intervención destinada a la prevención del cáncer, lesiones y estados precáncer de la cavidad bucal, más aún porque la población estudiada es joven y se inicia en estos hábitos tóxicos.

Hernández, D, et al, (s/f) menciona que el alcoholismo no es más que el abuso de la ingesta de alcohol por parte de una persona, es una enfermedad que puede ser tratada, siempre y cuando la persona enferma esté dispuesta a combatir la enfermedad.

Núñez, Z. 2009 menciona que el alcohol actúa de manera local produciendo irritación y deshidratación de las mucosas, facilitando la acción de otros carcinógenos. Las bebidas alcohólicas funcionan como alimento cuando se consume en grandes cantidades, y produce la pérdida del apetito, por lo que la persona se mal alimenta y disminuyen las reservas de proteínas, aminoácidos y demás nutrientes, que no pueden ser compensados para producir inmunodepresión, que favorece la aparición de neoplasias. (párr. 4).

**Gráfico 7. Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas semanalmente de los encuestados, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**



Fuente: Encuesta.

En el Gráfico 7, se observa que de los 47 encuestados que declararon tener el hábito de tomar bebidas alcohólicas, no manifestaron consumirlo diariamente, sino entre 3 a 4 veces a la semana (8,5%, 4 casos) y menos de 3 veces a la semana (91,5%, 43 casos).

Según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo del Ecuador, más de novecientos mil ecuatorianos consumen alcohol, lo que se distribuye en 89,7% para los hombres y 10,3%, las mujeres. La mayoría de estos consumidores empiezan a beber a partir de la adolescencia. De los novecientos mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% es de jóvenes de entre 12 y 18 años. (El comercio. 2014. párr. 3).

**Gráfico 8. Bebidas alcohólicas preferentes consumidas por los encuestados, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**



Fuente: Encuesta.

En el Gráfico 8, se observa que la bebida alcohólica preferente de las 47 personas que manifestaron consumir alcohol, es la cerveza (91,5%, 43 casos), mostrando un significativo valor con respecto al resto de las bebidas, lo que coincide con la preferencia general en Manabí. Se observó además, que la cantidad que se consume por vez tiene un valor medio de 3 botellas pequeñas, coincidente con la mediana. La moda es de 3 botellas pequeñas, el valor mínimo de 1 y el máximo de 18 botellas pequeñas.

En Ecuador la cerveza 79,2% es la bebida alcohólica preferida por quienes consumen licores, observándose también las personas que consumen alcohol que entre el 41,0% lo hacen semanalmente. (El Comercio. (s/f). párr. 2).

**Cuadro 3. Tiempo de exposición al sol diario de los encuestados, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

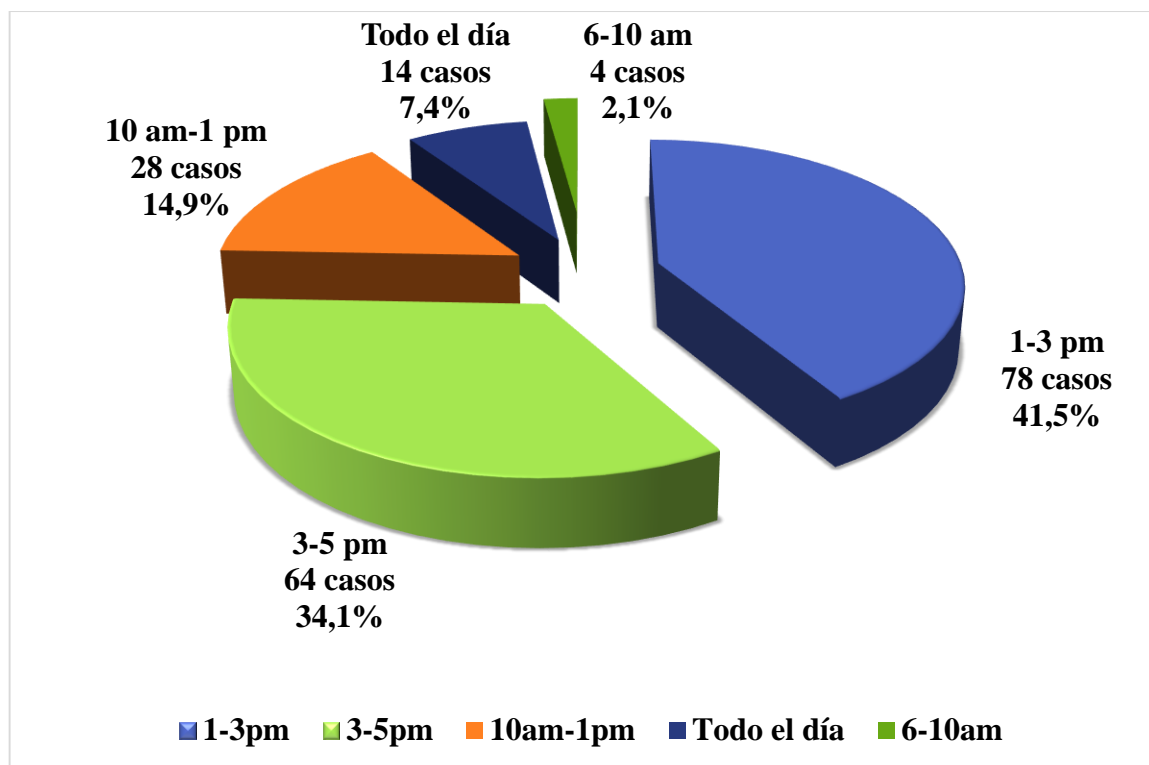
<b>Tiempo (horas) al sol en el día</b>		
<b>Horas</b>	Frecuencia	%
<b>1</b>	66	35,0
<b>2</b>	66	35,0
<b>3</b>	33	18,0
<b>4</b>	11	6,0
<b>5</b>	8	4,0
<b>6</b>	2	1,0
<b>7</b>	1	0,5
<b>8</b>	1	0,5

Fuente: Encuesta.

En el cuadro 3, se observa el tiempo que los encuestados se exponen diariamente al sol. La mayor frecuencia se dio entre 1 a 2 horas con igual frecuencia y prevalencia 66 personas 2 horas, cada una con un 35,0%, 33 personas se exponían 3 horas (18,0%), 11 personas se exponían 4 horas (6,0%), 8 personas se exponían 5 horas con un (4,0%), 2 personas se exponían 6 horas (1,0%), y 1 personas una que se exponía 7 horas y otra que se exponía 8 horas, cada una con el 0.5%.

Existen dos tipos de radiaciones que se consideran causantes en la aparición del cáncer: la radiación ultravioleta proveniente de los rayos del sol y de otras fuentes industriales, así como, las radiaciones ionizantes, entre las que se incluyen los rayos x. El sol es la principal fuente de rayos ultravioleta, para la población en general y a mayor exposición, mayor es el riesgo de desarrollar cáncer. (Instituto de Cancerología E.S.E. de Colombia. 2004. p. 19).

**Gráfico 9. Horario de exposición solar de la población estudiada, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**



Fuente: Encuesta.

En el Gráfico 9 se observa los horarios de exposición solar, se puede referir que de las 188 personas investigados, 78 (41,5) dijeron exponerse en horarios entre las 13:00 – 15:00 horas y 64 (34,1%) entre las 15:00-17:00 horas, así mismo 28 (14,9%) señalaron exponerse de 10:00 – 13:00 horas, así mismo señalaron exponerse todo el día 14 (7,4%), y por último 4 (2,1%) se exponían de 6:00 – 10:00 horas.

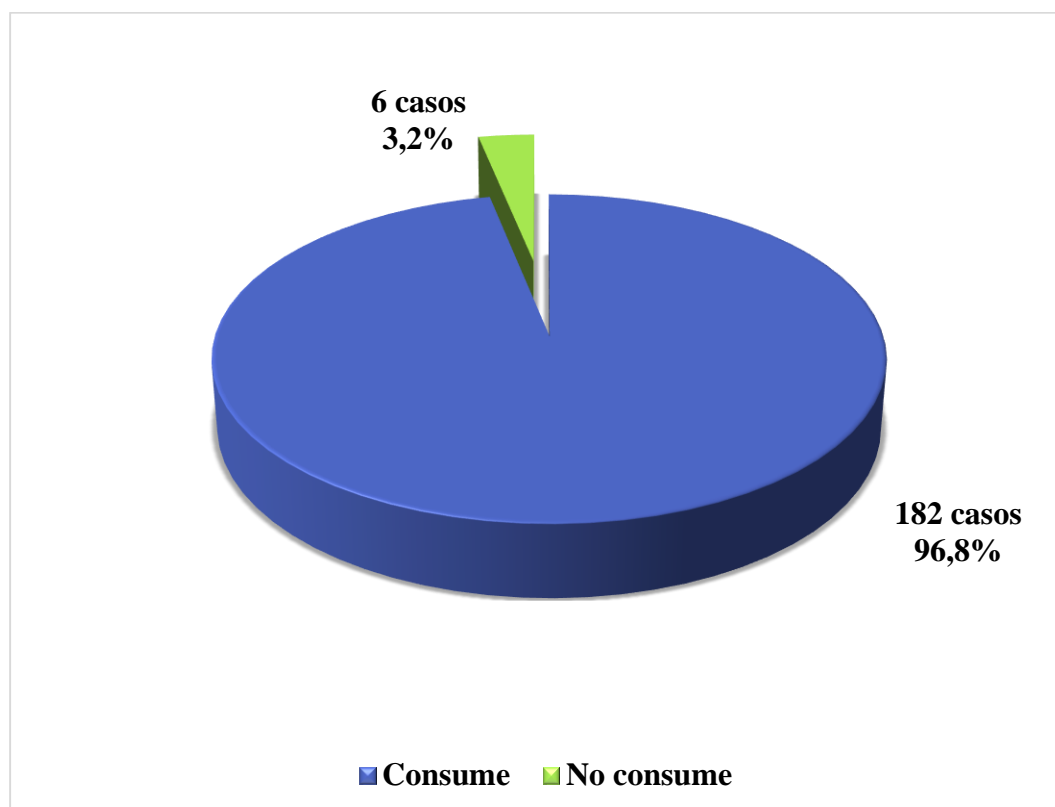
González, (2006) en su publicación refiere que la proporción y la intensidad de la radiación solar va a depender de numerosos factores como la hora del día y la radiación solar, siendo las horas más intensas o críticas entre las 11 y las 16 horas. Ecuador al ser un país que se encuentra en la línea ecuatorial y por su altitud está



mayormente afectado por el sol y a mayor altitud, mayor intensidad de los rayos ultravioletas. (p. 404).

El medio de protección más usado fue la gorra, referida por 41 pacientes (22,0%), seguido de la crema protectora con 32 personas (17,0%), lápiz protector 11 personas (6,0%). Los demás encuestados manifestaron usar otro protector como, abrigo con capucha (0,5%) 1 persona, parasol (0,5%) 1 persona, respectivamente y 102 personas que no usan protección (45,0%). Esto evidencia el poco empleo de medios de protección que pudieran disminuir la exposición solar y en consecuencia atenuar los efectos a la salud que pudieran provocar.

**Gráfico 10. Relación del consumo de vegetales de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

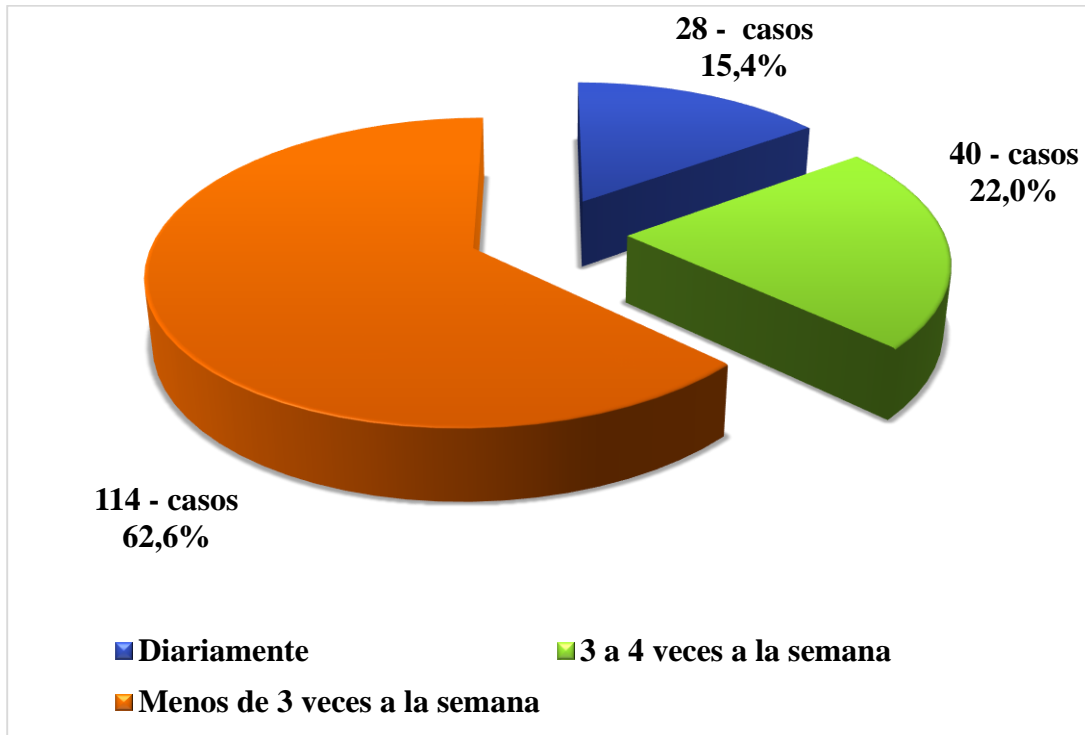


Fuente: Encuesta.

El consumo de vegetales es fundamental en la vida de cada ser humano, porque son ricos en nutrientes y antioxidantes que son importantes para nuestro cuerpo ya que ayudan a prevenir enfermedades como el cáncer. En nuestra investigación como muestra el Gráfico 10, el 96,8% (182 casos) de los encuestados expresaron que consumía vegetales, mientras que un 3,2% (6 casos) mencionó lo contrario.

Gallegos, J. (2006) en un estudio realizado plantea que existen diversos alimentos y dietas que han sido asociados con la aparición del cáncer del tracto respiratorio alto, sin embargo señala que la ingesta de frutas y vegetales, asociado a la cantidad de vitaminas C, E, flavonoides y betacarotenos, disminuye el riesgo de padecer cáncer bucal. Se expresa además en el estudio que los fumadores duplican su riesgo de padecer cáncer si tienen un consumo bajo de frutas y vegetales, aunque se plantea que los carotenoides disminuyen el riesgo, pero no se puede decir cuál o cuáles de los más de 500 tipos de esta sustancia tienen un papel protector. (p. 290-291).

**Gráfico 11. Frecuencia del consumo de vegetales de una semana completa, según número de casos y porcentajes, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**



Fuente: Encuesta.

Para las 182 personas que dijeron consumir vegetales teniendo en cuenta la frecuencia de consumo semanal, se obtuvo los resultados que se muestran en el Gráfico 11. De acuerdo a esto se aprecia que solo el 15,4% (28 casos) de los encuestados consume vegetales diariamente, el 22,0% (40 casos) los consume de 3 a 4 veces por semanas y el 62,6% (114 casos) los consume menos de 3 veces por semana.

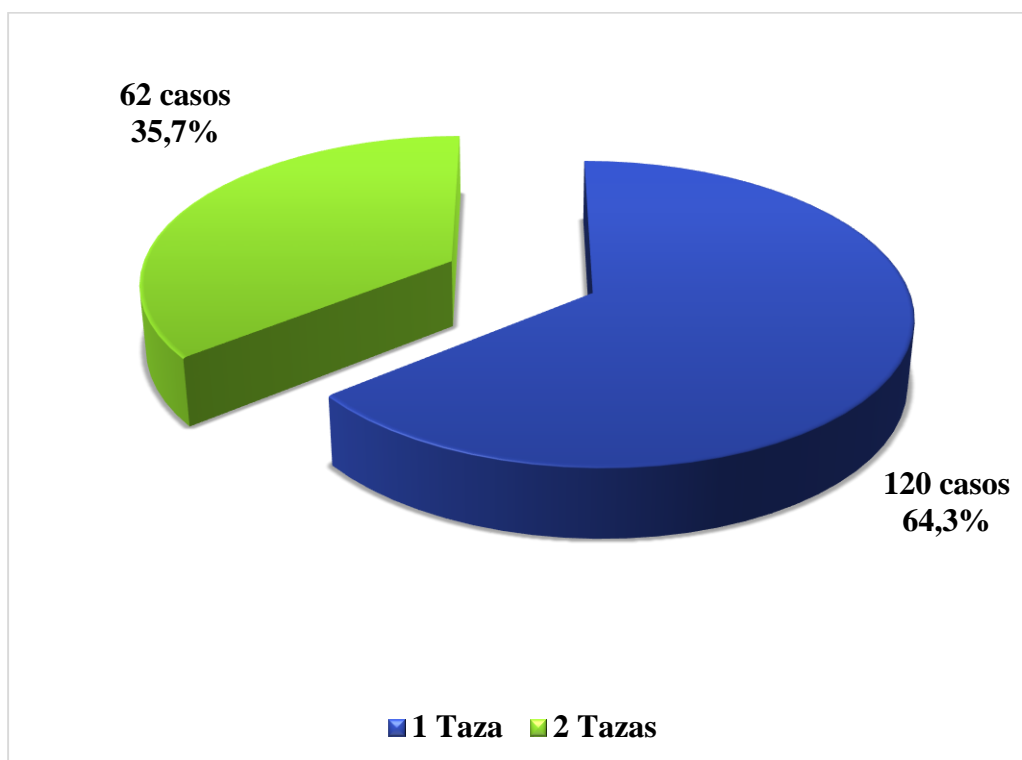
En un trabajo publicado por García, V. y Bascones, A. (2009), hace referencia de que los malos hábitos alimenticios que los pacientes tienen con algunos nutrientes están asociados a muchas enfermedades como el cáncer oral (García, et al., 2009):

Las grasas no muestran relación con el cáncer oral, pero sí con el cáncer de intestino, páncreas e hígado.

Las frutas y verduras son ricas en nutrientes y tienen un efecto antioxidante que nos protege del cáncer oral. Son varios los estudios en relación al licopeno, sustancia que contiene el tomate y se libera tras la cocción del mismo que actúa como antioxidante.

El consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes contribuye al desarrollo del cáncer oral, por que desprenden sustancias carcinógenas como las aminas heterocíclicas. (p. 4).

**Gráfico 12. Número de tazas de consumo de vegetales en un día de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**



Fuente: Encuesta.

El Gráfico 12 se muestra el consumo diarios de vegetales en estos resultados se evidencia que de los 182 encuestados que manifestaron consumir vegetales 120 personas (64,3%) consume vegetales con una ración aproximada de 1 taza en un día, mientras que 62 personas (35,7%) consume 2 tazas, hecho que destaca al consumo de vegetales como un elemento crítico en la prevención de las lesiones, estados premalignos y cáncer bucal, y debe ser considerado de manera destacada en los programas de prevención de estas enfermedades, más aún por todos los beneficios que aporta el consumo de vegetales y frutas para la salud humana.

Un estudio de Busch, S (s/f) menciona que hasta los 51 años, las mujeres deben consumir 2,5 tazas de verduras al día, más allá de los 51 años, la recomendación se reduce a 2 tazas. Los hombres deben consumir 3 tazas al día y pueden reducir su consumo a 2,5 después de la edad de 51 años, lo que se observa no cumplirse en mayor caso de los encuestados en este trabajo. (párr. 3).

**Cuadro 4. Número de parientes hasta la tercera línea directa de consanguinidad que presentaron cáncer, parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

Número de parientes	Frecuencia	%
1	41	80,0
2	10	20,0

Fuente: Encuesta.

La existencia de familiares de hasta tercer grado de consanguinidad que han padecido de cáncer muestra de cierta manera la carga genética asociada a la aparición de esta patología. Como se observa en el cuadro 4, siendo 41 casos (80,0%) del total de la muestra refirieron haber tenido al menos un pariente de hasta la tercera línea directa de consanguinidad que ha padecido de cáncer y 10 con dos casos (20,0%).

Así el Instituto de Cancerología de Colombia (2004) manifiesta que las causas internas son una predisposición genética, lo que quiere decir que se hereda en ciertas familias, un gen anormal que hace que sus miembros presenten una alta probabilidad de desarrollar cáncer. (p.12).

En sí lo que se hereda no es el cáncer, sino el gen anormal que puede originar el cáncer. Alrededor del 5 al 10 por ciento de todos los casos de cáncer se producen



directamente por defectos genéticos los cuales son llamados mutaciones hereditarias, de uno de los padres. (American Cancer Society, 2014, párr. 2).

La distribución de la localización del cáncer en los parientes fue de 2 casos (4,9%) en la boca, 6 (11,8%) en mama, 1 (2,0%) en pulmón, 4 (8,8%) en garganta, 4 (8,8%) en el útero, 17 (33,3%) en el estómago y en otro lugar 15 (30,4%). En el último caso las localizaciones reportadas fueron el cerebro 4,2% (2 casos), colon 4,2% (2casos), hígado 5,8% (3casos), hueso 4,2% (2 casos), intestino 1,8% (1caso), leucemia 4,2% (2casos), ovarios 1,8% (1caso) y próstata 4,2% (2casos).

**Cuadro 5. Localización de lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal referida por los encuestados de la Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

<b>Localización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Labio inferior y carrillos</b>	16	63,0%
<b>Encía superior</b>	5	17,0%
<b>lengua y encía inferior</b>	6	20,0%

Fuente: Encuesta.

Respecto a lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal se reportaron haberlas tenido, 30 personas (16,0%), según se observa en el cuadro 5. La localización de las lesiones más frecuente fue labio inferior y carrillos, con 16 casos (63,0%), la lengua y la encía inferior con 6 casos (20,0%) y con menores proporciones la encía superior con 5 casos (17,0%).

De las lesiones referidas por los encuestados de la Parroquia Riochico, 17 (43,2%) manifestaron haber recibido algún tipo de tratamiento, en consecuencia 14 (29,5%) indicaron que la lesión desapareció, 3 (5%) desapareció y reapareció en el mismo lugar de la boca, y 13 personas con el (22,3%) no recibieron tratamiento.

Con este panorama, 183 pacientes (97,5%) manifestaron estar interesados en recibir información sobre el cáncer bucal, así como de su prevención, aspectos que puede favorecer el desarrollo de cualquier programa de prevención y control de esta patología en la población estudiada (4 pacientes (2,0%) manifestaron no querer recibir información y 1 paciente (0,5%) no sabía.

**Cuadro 6. Consideraciones del color de piel, Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

<b>Color de piel</b>		
<b>Consideraciones</b>	Frecuencia	%
<b>Mestizo</b>	152	81,0
<b>Blanco</b>	34	18,0
<b>Negro</b>	2	1,0

Fuente: Encuesta.

En cuanto a las consideraciones del color de la piel que muestra en el cuadro 6, podemos ver que se presentaron 152 personas se consideraban de color mestizo (81,0%), 34 personas de color blanco (18,0%), y 2 personas de color negro (1,0%).

Las personas con poca pigmentación en la piel que están sometidas a una exposición solar prolongada y por su ocupación, presentan mayor riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide de labio. El labio sufre una serie de cambios preneoplásicos que progresan más intensamente cuando la dosis de radiación actínica se acumula y cuando se va envejeciendo, a estos cambios se les nombra queilitis actínica, si se continua con la exposición al sol sería aún más probable desarrollar un carcinoma epidermoide. (García, et al., 2008. p.5).

**Cuadro 7. Lesiones identificadas en tejidos blandos bucales, en la población de la Parroquia Riochico, cantón Portoviejo, período marzo – junio 2015.**

<b>Lesiones encontradas</b>			
<b>Lesiones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Localizaciones</b>
<b>Queilitis</b>	9	42,0	Labio Inferior
<b>Queratosis</b>	3	16,0	Encía Inferior y región retromolar
<b>Fibroma</b>	2	9,0	Encía Superior y Vértice de la lengua
<b>Herpes labial</b>	2	9,0	Labio Inferior
<b>Leucoplasia</b>	1	4,0	Mucosa del carrillo
<b>Hiperplasia</b>	1	4,0	Encía Superior
<b>Ulcera</b>	1	4,0	Mucosa del carrillo
<b>Ulceras blancas</b>	1	4,0	Labio Inferior
<b>Lengua geográfica</b>	1	4,0	Dorso de la Lengua
<b>Queratosis por mal hábito de morderse</b>	1	4,0	Mucosa del carrillo

Fuente: Encuesta.

De acuerdo al examen bucal realizado a todos los individuos encuestados, se observó que la prevalencia general de las lesiones en los tejidos blandos bucales fue de 11,7%, valor considerablemente alto para una población joven.

Se identificaron con lesiones, 22 casos, en la que la lesión de mayor prevalencia fue la queilitis actínica con 42,0% (9 casos). Esta se localizó en el labio inferior, en la totalidad de los casos. Le siguió la queratosis 16,0% (3casos) situados en la encía inferior y la región retromolar, fibroma 9,0% (2 casos) en la encía superior y el vértice de la lengua, herpes labial 9,0% (2 casos) en el labio inferior, leucoplasia 4,0% (1 caso) mucosa del carrillo, hiperplasia 4,0% (1 caso) encía superior, ulcera 4,0% (1 caso) en la mucosa del carrillo, ulceras blancas 4,0% (1 caso) labio inferior, lengua geográfica 4,0% (1 caso) en el dorso de la lengua y por último la queratosis por el mal hábito de morderse 4,0% (1 caso) mucosa del carrillo.

Hasta la actualidad se han realizado muy pocos estudios epidemiológicos sobre la patología de la mucosa bucal en niños y adolescentes. Sin embargo, muchos autores coinciden en la importancia de evaluar las lesiones de la mucosa bucal aseverando que enfermedades sistémicas son provocadas por diferentes factores entre ellos bucales. (Palacios, J., et al. 2012. párr. 3)

## **CAPÍTULO V.**

### **5. Conclusiones y Recomendaciones.**

#### **5.1 Conclusiones.**

Se constató la presencia de factores de riesgo modificables en la población de estudio, las que mostraron prevalencia relativamente bajas, no obstante su hallazgo resulta de interés por mostrarse en una población joven, la que está en pleno desarrollo de hábitos y costumbres para su vida.

El bajo conocimiento sobre la existencia del cáncer bucal, así como la no identificación de factores de riesgo de esta patología genera una mayor vulnerabilidad para esta población, en cuanto al desarrollo de lesiones, estados premalignos y el propio cáncer bucal.

## **5.2 Recomendaciones.**

Socializar los resultados obtenidos con el Ministerio de Educación con un enfoque educativo, claro y conciso, brindando los resultados del estudio a las autoridades del gobierno, salud, educación de la Parroquia y las unidades de educación competentes.

Desarrollar intervenciones de educación para la salud, con vista a favorecer cambios de actitudes en la población para un manejo de los factores de riesgo del cáncer y precáncer, teniendo en cuenta especialmente los grupos de riesgo, para incentivar un desarrollo favorable de su autogestión por la salud.

Promover la odontología preventiva relacionada a la patología de tejidos blandos de la cavidad bucal, conduciendo a la población joven con poco nivel de conocimiento para que aprendan a prevenir el cáncer bucal.

## **CAPÍTULO VI.**

### **6. Propuesta.**

#### **6.1. Tema.**

Intervención educativa para la prevención y control sobre las lesiones, estados precáncer y cáncer bucal con participación de los docentes y estudiantes de los colegios de Riochico.

##### **6.1.1. Periodo de ejecución.**

Julio del 2015.

##### **6.1.2. Descripción de los beneficiarios.**

Los beneficiarios directos son los docentes y estudiantes de los colegios, de la parroquia Riochico.

##### **6.1.3. Clasificación.**

Propuesta de intervención educativa.



#### 6.1.4. Localización.

La parroquia rural Riochico está ubicada a 14 kilómetros del cantón Portoviejo, en la Provincia de Manabí, República del Ecuador, esta limita al norte con el cantón Rocafuerte, al sur con la parroquia Abdón Calderón, al este con las parroquias Abdón Calderón y Pueblo Nuevo, y al Oeste con la parroquia 12 de Marzo. (El Diario Manabita de Libre Pensamiento. 2006. párr. 1 & GAD Parroquial Rio Chico. S/f. p1).

La economía de esta parroquia está sustentada de la agricultura y de la ganadería, posee un clima agradable, entre subtropical seco y tropical húmedo, su gastronomía es muy rica y variada y elaboran sus alimentos a base de gallinas criollas, plátano, maní, entre otros. (GAD Parroquial Rio Chico. S/f. p1).

#### **6.2. Justificación.**

Como resultado del estudio sobre las lesiones, estados precáncer y cáncer bucal en la población de la parroquia Riochico se observó que la población encuestada no mostró conocimientos sobre dichos problemas, ni información sobre sus factores causales y su prevención, para lo cual se requiere realizar una intervención educativa, la cual favorecerá a la población en general, ayudando a que ellos tomen conciencia de los malos hábitos que poseen y puedan modificarlos.

#### **6.3. Marco Institucional.**

En 1861, se decretó que Riochico fuera declarada Parroquia Rural de Portoviejo, antes de ese nombre, era conocido como Pampas de El Tintál y después fue

denominado Santa Bárbara, en homenaje a la imagen que fue encontrada donde actualmente está el templo católico del mismo nombre.

Riochico es una parroquia que viene progresando a paso lento pero firme, separada de sus alrededores por gran cantidad de colinas, bosques secos, atravesado en su parte baja de este a oeste por un generoso río que dota de irrigación de importantes productos como coco, limón y cacao entre otros, además de diversos cultivos que se realizan gracias a los métodos o sistemas alternativos de riego, a los cuales se dedica la población, además de la ganadería.

La economía de esta parroquia está sustentada de la agricultura y de la ganadería, posee un clima agradable, entre subtropical seco y tropical húmedo, su gastronomía es muy rica y variada y elaboran sus alimentos a base de gallinas criollas, plátano, maní, entre otros. (GAD Parroquial Rio Chico. S/f. p1).

## **6.4. Objetivos.**

### 6.4.1. Objetivo General.

Desarrollar la intervención educativa para la prevención y control sobre las lesiones, estados precáncer y cáncer bucal con participación de los docentes y estudiantes de los colegios de Riochico.

#### 6.4.2. Objetivo Específico.

Desarrollar tríptico y diapositivas como material de apoyo a la intervención educativa en la población de Riochico.

#### **6.5. Descripción de la propuesta.**

La propuesta está destinada a atender a los docentes y estudiantes de los colegios de la parroquia Riochico, ofreciendo de forma gratuita una capacitación sobre el cáncer bucal, sus factores causales y su prevención, el tríptico será entregado por las autoras de la tesis a las autoridades respectivas de los colegios, comprometiéndolos de esta manera a seguir motivando a los nuevos estudiantes que ingresan a los colegios y para que se informen a sus familias sobre la importancia que tienen las lesiones que pueden malignizarse y de existir acudir a un centro de estudio especializado.

#### **6.6. Diseño Metodológico.**

Se requiere previamente reunirnos con los docentes de los colegios de la parroquia Riochico, para capacitarlos sobre la prevención del cáncer bucal, posterior a esto reunir a los estudiantes para que los docentes impartan los nuevos conocimientos obtenidos con anterioridad en la charla, y brindarles nuestro apoyo reforzando con intervenciones sobre el tema en general que se está tratando, y lo relacionado al tema detallado a continuación.

Los temas de la capacitación serán:

Qué es cáncer bucal.

Cuáles son las lesiones más frecuentes.

Cuáles son los factores de riesgo.

Cómo se previene el cáncer.

Qué hacer en caso de sospecha.

Se entregará como soporte de la capacitación a las personas que intervengan en este proyecto un tríptico y un cd que contengan los temas de la capacitación, además a cada una de las instituciones educativas se les donará una gigantografía con la información expuesta anteriormente.

Etapas del proyecto.

Capacitación a los profesores.

Capacitación a los alumnos.

Evaluación pre y post charla educativa.

#### 6.7. Presupuesto.

Rubros	Unidad de medidas	Costo unitario	Cantidad	Costo total	Fuentes de financiamiento	
					Autogestión	Aporte externo
<b>Impresiones</b>	unidades	0,5	6	3	X	
<b>Copias</b>	unidades	0,03	200	6	X	
<b>Cd</b>	unidades	1	6	6	X	
<b>Gigantografía</b>	unidad	12	2	24	X	
<b>Movilización</b>	individual	8	8	16	X	
			Total	55	X	

Nota: presupuesto correspondiente a la propuesta del proyecto de la tesis.

Fuente: presupuesto realizado por las autoras de la tesis.

## **6.8. Sostenibilidad.**

La propuesta para analizar la sostenibilidad del proyecto, será capacitar a los maestros, y a los estudiantes de los colegios de la parroquia Riochico, mismos que quedaran preparados para multiplicar las acciones de la capacitación, esto será reforzado por que se brindará a las autoridades los resultados obtenidos en la investigación realizada con la finalidad de motivar sobre la importancia de la atención de las patologías encontradas y la prevención de la misma en los estudiantes.

# **Anexos**

**Anexo 1. Matriz de Operacionalización de las Variables.**

<b>Dimensión</b>	<b>Variables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escalas</b>	<b>Descripción</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Lesiones precancerosas</b>	Leucoplasia	Cualitativa	Presente	De acuerdo a la presencia de parche blanco en mucosa oral	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	Ausente		porcentaje
	Eritroplasia	Cualitativa	Presente	De acuerdo a la presencia de parche rojo en mucosa oral	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	Ausente		porcentaje
	Paladar fumador invertido	Cualitativa	Presente	Presencia queratosis en paladar, puntos rojos y fisuras, formaciones papilares en paladar	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	Ausente		porcentaje
<b>Estados precancerosos</b>	Liquen plano	Cualitativa	Presente	De acuerdo a la presencia de distintas formas clínicas: reticular, atróficas, ulcerativas-erosivas, y en placa	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	Ausente		porcentaje
	Lupus discoide crónico	Cualitativa	Presente	Presencia de erosión mucosa, placa descamativa, fisuras hemorrágicas, estrías blancas irradiadas, combinaciones	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	Ausente		porcentaje
	Fibrosis oral submucosa	Cualitativa	Presente	De acuerdo a la presencia de especie de estomatitis, úlceras, bandas fibrosas en mejillas y labios	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	Ausente		porcentaje
<b>Cáncer</b>	Carcinoma oral de células escamosas	Cualitativa	Presente	De acuerdo al resultado encontrado por biopsia	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	Ausente		porcentaje
<b>Variables socio – demográficas</b>	Edad	Cuantitativa	15 - 20 años	Años de edad cumplidos	Frecuencia absoluta porcentaje
	Sexo	Cualitativa	Masculino	Sexo biológico	Frecuencia absoluta
		Nominal			Porcentaje
		Dicotómica	Femenino		

<b>Factores de riesgo</b>	Tabaco	Cualitativa	Fuma	De acuerdo al hábito de fumar	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	No fuma		Porcentaje
	Alcoholismo	Cualitativa	Bebe	De acuerdo al consumo de alcohol	Frecuencia absoluta
		Cuantitativa	No bebe		porcentaje
		Dicotómica			
	Uso de prótesis	Cualitativa	Presente	De acuerdo al uso habitual de prótesis dental	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	Ausente		porcentaje
	Consumo de vegetales	Cualitativa	Consume	De acuerdo a la cantidad de consumo de vegetales	Frecuencia absoluta
		Dicotómica	No consume		porcentaje
	Antecedentes familiares	Cualitativa	Número total	Numero de parientes de 1era, 2da y 3era línea directa de consanguinidad	Frecuencia absoluta
		Dicotómica			porcentaje
	Exposición al sol	Cuantitativa	Se expone	Exposición al sol durante un día	Frecuencia absoluta
		Nominal	No se expone		porcentaje
		Politómica			
	Nivel educacional	Cualitativa	no sabe leer ni escribir	Según corresponda el ultimo nivel terminado	Frecuencia absoluta porcentaje
		Politómica	Primaria no terminada		
		Nominal	Primaria terminada		
			Secundaria		
			Bachiller		
			Técnico		
			Universitario		
	Otros				



## Anexo 2. Cuestionario para la Encuesta.

Estimado paciente, el cuestionario que tiene en sus manos forma parte de una investigación científica que realiza la Universidad San Gregorio de Portoviejo relacionada con la salud bucal. En el mismo se recogen aspectos relacionados con las patologías bucales de tejidos blandos. Agradecemos mucho su colaboración y le pedimos que los datos que brinde sean veraces para garantizar que los resultados de la investigación sean válidos. Esta encuesta es anónima y la información obtenida solo tendrá como finalidad alcanzar los objetivos científicos propuestos. ¡Muchas gracias!

(Escriba el dato que se le solicite o haga una "X" en el cuadro, según corresponda).

1. <b>Edad</b> (años cumplidos):		2. <b>Sexo:</b>		M <input type="checkbox"/> 1	F <input type="checkbox"/> 2
3. <b>Ocupación</b>					
a. Profesional	<input type="checkbox"/> 1	b. Obrero	<input type="checkbox"/> 2	c. Trabajador privado <input type="checkbox"/> 3	
d. Estudiante	<input type="checkbox"/> 4	e. Ama de casa	<input type="checkbox"/> 5	f. Sin vínculo laboral <input type="checkbox"/> 6	
g. Otra <input type="checkbox"/> 7, ¿cuál?					
4. <b>Nivel escolar</b> (último nivel terminado)					
a. No sabe leer ni escribir	<input type="checkbox"/> 1	b. Primaria no terminada	<input type="checkbox"/> 2	c. Primaria terminada <input type="checkbox"/> 3	
d. Secundaria	<input type="checkbox"/> 4	e. Bachiller	<input type="checkbox"/> 5	f. Técnico <input type="checkbox"/> 6	
g. Universitario <input type="checkbox"/> 7 h. Otro <input type="checkbox"/> 8, ¿cuál?					
5. <b>¿Conoce de la existencia del cáncer bucal?</b> Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2					
6. <b>Si conoce sobre existencia de cáncer bucal, marque con una "X" con qué Ud. piensa que se relacione:</b> (puede marcar más de una respuesta)					
a. Ingestión de bebidas alcohólicas		Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	b. Caries dentales Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
c. Consumo de carnes		Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	d. Consumo escaso de vegetales Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
e. Hábito de fumar		Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	f. Otro Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 ¿cuál?	
7. <b>¿Utiliza prótesis dental?</b> Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			8. <b>Si utiliza prótesis, ésta es:</b> Parcial <input type="checkbox"/> 1 Total <input type="checkbox"/> 2		
9. <b>¿Desde cuándo utiliza prótesis dental</b> (años de uso)?					
<b>Atendiendo a sus hábitos alimenticios diga:</b>					
10. <b>¿Consume vegetales en su dieta?</b>			Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	
11. <b>Si consume vegetales en su dieta, piense en una semana común y diga si los consume:</b>					
a. Diariamente	<input type="checkbox"/> 1	b. 3 o 4 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 2	c. Menos de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3	
12. <b>Cuando consume vegetales, la cantidad total de vegetales que consume en un día es de</b> (tome como medida el volumen de una taza de café con leche): tazas.					
13. <b>¿Fuma?</b> Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		a. Si fuma cigarrillos, ¿cuántos como promedio fuma al día?:			
		b. Si fuma cigarros, ¿cuántos como promedio fuma al día?:			
c. <b>¿Qué tiempo hace que fuma cigarrillos o cigarros</b> (años promedio)? Años					
d. <b>¿Masca cigarros?</b> Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		e. <b>¿Hace cuánto tiempo masca cigarros</b> (años promedio)?			
14. <b>¿Consume bebidas alcohólicas?</b>			Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	
Si consume bebidas alcohólicas, lo hace:			a. Diariamente <input type="checkbox"/> 1		
b. 3 o 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 2			c. Menos de tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 3		
d. <b>Cuánto tiempo hace que bebe</b> (años): años					
15. <b>Cuando bebe, la bebida que consume preferentemente es:</b>			a. Cerveza <input type="checkbox"/> 1	b. Vino <input type="checkbox"/> 2	

c. Ron <input type="checkbox"/> 3	d. Aguardiente <input type="checkbox"/> 4	e. Whiskey <input type="checkbox"/> 5	f. Otra <input type="checkbox"/> 5, ¿cuál?
<b>16. Teniendo en cuenta la frecuencia con que bebe, ¿qué cantidad total promedio ingiere en un día de los que acostumbra a hacerlo? (diga la cantidad promedio de medidas, según aparece debajo)</b>			
a. Botellas pequeñas de cerveza:	b. Vasos de vino:	c. Líneas de ron:	
d. Líneas de aguardiente:	e. Líneas de Whiskey:	f. Otra:	
<b>17. ¿Ha presentado alguna lesión o daño en su boca?</b>		Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2 No recuerdo <input type="checkbox"/> 3
<b>18. En caso afirmativo, ¿dónde se ha situado?</b>			
a. Lengua <input type="checkbox"/> 1	b. Encía superior <input type="checkbox"/> 2	c. Encía inferior <input type="checkbox"/> 3	d. Paladar <input type="checkbox"/> 4
e. Carrillos <input type="checkbox"/> 5	f. Labio superior <input type="checkbox"/> 6	g. Labio inferior <input type="checkbox"/> 7	h. Otro <input type="checkbox"/> 8, ¿cuál?
<b>19. ¿Ha recibido tratamiento para la lesión por parte del odontólogo?</b>			Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
<b>20. Al recibir tratamiento del odontólogo la lesión:</b>			
a. Desapareció totalmente <input type="checkbox"/> 1		b. Desapareció y reapareció en el mismo lugar de la boca <input type="checkbox"/> 2	
c. Desapareció y reapareció el otro lugar de la boca <input type="checkbox"/> 3			
<b>Relacionado con la salud familiar, conteste las siguientes preguntas.</b>			
<b>21. ¿Tiene o ha tenido algún familiar o familiares que ha(n) padecido de cáncer?</b>			Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 3
<b>22. ¿Qué parentesco tiene(n) o han tenido con Ud.?:</b>			
a. Padre Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	b. Madre Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	c. Hermano Si <input type="checkbox"/> 1No <input type="checkbox"/> 2	d. TíoSi <input type="checkbox"/> 1No <input type="checkbox"/> 2
e. Abuelo Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	f. Primo Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	g. Otro Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2, ¿cuál?	
<b>23. Considerando solo a los padres, hermanos, tíos, primos y abuelos, ¿cuántos han padecido de cáncer?</b>			
<b>24. ¿En qué partes del cuerpo ha estado localizado el cáncer en estos familiares?</b>			
a. Boca Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	b. Mama Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	c. Pulmón Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
d. Garganta Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	e. Cuello uterino Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	f. Estomago Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
g. Otra Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2, ¿cuál?		h. No sé Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
<b>25. ¿Conoce si existe algún programa para la prevención del cáncer bucal en Manabí? Si<input type="checkbox"/>1 No<input type="checkbox"/>2</b>			
<b>26. Si lo conoce, ¿por qué medio le ha llegado la información?</b>			
a. Radio Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		b. Televisión Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
c. Personal de salud Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		d. Otro Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2, ¿cuál?	
<b>27. ¿Le gustaría que Ud. y su familia recibieran información sobre el cáncer bucal y las medidas para su prevención? Si <input type="checkbox"/>1 No <input type="checkbox"/>2 No sé <input type="checkbox"/>3</b>			

<b>Exposición al sol</b>					
<b>28. ¿Cuántas horas al día, como promedio, se expone al sol? Horas</b>					
<b>29. El horario en que más se expone es:</b>					
a. 6:00-10:00H <input type="checkbox"/> 1	b. 10:00-13:00H <input type="checkbox"/> 2	c. 13:00- 15:00H <input type="checkbox"/> 3	d. 15:00 - 17:00H <input type="checkbox"/> 4	e. Todo el día <input type="checkbox"/> 5	f. Nunca <input type="checkbox"/> 6
<b>30. ¿Qué usa habitualmente para protegerse del sol en la cara?</b>					
a. Gorra, sombrero o similar Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		b. Crema bloqueadora para piel Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
c. Lápiz labial bloqueador Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		d. Otro Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2, ¿cuál?			
<b>31. Color de piel</b>	a. Blanco <input type="checkbox"/> 1	b. Negro <input type="checkbox"/> 2	c. Mestizo <input type="checkbox"/> 3	d. Amarillo <input type="checkbox"/> 4	

<b>Anexo 3. Planilla de recolección de datos.</b>				<b>Tipo de pesquisa</b>		<b>Activa</b> <input type="checkbox"/> 1		<b>Pasiva</b> <input type="checkbox"/> 2		<b>No.</b>													
<b>Primer apellido</b>		<b>Segundo apellido</b>		<b>Nombres</b>		<b>CI</b>		<b>Sexo</b>		<b>M</b> <input type="checkbox"/> 1 <b>F</b> <input type="checkbox"/> 2													
<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>		<b>Color de piel</b>		<b>Blanco</b> <input type="checkbox"/> 1		<b>Negro</b> <input type="checkbox"/> 2		<b>Mestizo</b> <input type="checkbox"/> 3		<b>Amarillo</b> <input type="checkbox"/> 4												
<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>																							
<b>DESCRIPCIÓN</b>			<b>Dolor</b>		<b>Localización</b>																		
					<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Labio Superior</b>	<b>Labio inferior</b>	<b>Base de lengua</b>	<b>Dorso de lengua</b>	<b>Lateral lengua</b>	<b>Vértice lengua</b>	<b>Encía superior</b>	<b>Encía inferior</b>	<b>Paladar duro</b>	<b>Paladar blando</b>	<b>Suelo de boca</b>	<b>Mucosa carrillo</b>	<b>Trigono retromolar</b>	<b>Glándula parótida</b>	<b>Amígdala</b>	<b>Pared lateral faringe</b>	<b>Glándula salival</b>
a. <b>Lesión blanca</b> <input type="checkbox"/> 1																							
b. <b>Lesión roja</b> <input type="checkbox"/> 2																							
c. <b>Lesión ulcerosa</b> <input type="checkbox"/> 3																							
d. <b>Lesión mixta</b> <input type="checkbox"/> 4																							
e. <b>Lesión ulcerosa hemorrágica</b> <input type="checkbox"/> 5																							
f. <b>Lesión de coloración oscura</b> <input type="checkbox"/> 6																							
g. <b>Nódulo</b> <input type="checkbox"/> 7																							
h. <b>Nódulo ulcerado</b> <input type="checkbox"/> 8																							
i. <b>Crecimiento verrugoso</b> <input type="checkbox"/> 9																							
j. <b>Aumento de volumen de tejido</b> <input type="checkbox"/> 10																							
<b>Diagnóstico presuntivo</b>																							
a. <b>Leucoplasia</b> <input type="checkbox"/> 1			b. <b>Eritroplasia</b> <input type="checkbox"/> 2			c. <b>Eritroleucoplasia</b> <input type="checkbox"/> 3			d. <b>Carcinoma</b> <input type="checkbox"/> 4			e. <b>Queilitis</b> <input type="checkbox"/> 5											
f. <b>Tumor</b> <input type="checkbox"/> 6			g. <b>Otra</b> <input type="checkbox"/> 7			h. <b>¿Cuál?</b>																	
<b>Tratamiento indicado</b>																							
<b>Fecha de atención</b>		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Atendido por</b>		<b>Nombre</b>				<b>Firma</b>												

(Datos a llenar por el Cirujano Odontólogo).

<b>Diagnóstico</b>					
<b>Condiciones histopatológicas</b>		OBSERVACIONES:			
Liquen plano	<input type="checkbox"/> 1				
Sífilis	<input type="checkbox"/> 2				
Lupus Eritematoso Discoide	<input type="checkbox"/> 3				
Fibrosis Oral Submucosa	<input type="checkbox"/> 4				
Otra	<input type="checkbox"/> 5				
Especifique:					
<b>Lesiones</b>					
Leucoplasia	<input type="checkbox"/> 6				
Eritroplasia	<input type="checkbox"/> 7				
Mixta	<input type="checkbox"/> 8				
Queilitis actínica	<input type="checkbox"/> 9				
Otra	<input type="checkbox"/> 10				
Especifique:					
<b>Neoplasias</b>					
Carcinoma in situ	<input type="checkbox"/> 1				
	1				
Carcinoma epidermoide (CE)	<input type="checkbox"/> 1				
	2				
CE bien diferenciado	<input type="checkbox"/> 1				
	3				
CE moderadamente diferenciado	<input type="checkbox"/> 1				
	4				
CE pobremente diferenciado	<input type="checkbox"/> 1				
	5				
Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> 1				
	6				
Otra	<input type="checkbox"/> 1				
	7				
Especifique:					
<b>Informe al registrar cáncer</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </table>	Si	No	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Si	No				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
Nombre y apellidos del cirujano odontólogo		Firma			
		Fecha (d/m/a)			
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			

#### **Anexo 4. Modelo de Consentimiento Informado.**

La Universidad San Gregorio de Portoviejo se encuentra realizando la investigación **Implementación de un programa de prevención y control de cáncer bucal en Manabí**, para la cual desarrolla un pesquisaje en la población que incluye un examen bucal para identificar la presencia de lesiones o manifestaciones de interés relacionadas con esta enfermedad y una encuesta sobre sus factores de riesgo. Agradecemos su participación en el presente estudio donde la información que brinde y los resultados del examen bucal tienen una gran importancia. Si se detectara alguna alteración la investigación diagnóstica, el seguimiento y tratamiento serán gratuitos para Ud. La información que usted brinde será confidencial y solamente usada con fines de esta investigación, en la cual tiene los siguientes derechos:

- Obtener información de todo lo relacionado con este estudio previo a la firma del consentimiento u durante el desarrollo del estudio.
- Decidir si desea participar en el estudio.
- Ser libre de rechazar, interrumpir o abandonar el estudio cuando lo desee sin consecuencia alguna para sus relaciones con el centro y equipo de salud que lo atiende.
- Obtener los beneficios de atención odontológica especializada en el tema de estudio.

Para cualquier información puede comunicarse con el centro de investigación de Patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado y en conocimiento de los propósitos del estudio, Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento de participación en el mismo el día \_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_.

Firma del encuestado: \_\_\_\_\_ Nombre y firma del encuestador: \_\_\_\_\_

<b>Anexo 5. Cronograma.</b>																																										
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>2014</b>												<b>2015</b>																													
	<b>Sep.</b>		<b>Nov</b>				<b>dic</b>				<b>enero</b>				<b>Feb</b>				<b>marzo</b>				<b>abril</b>				<b>mayo</b>				<b>Jun</b>				<b>jul</b>				<b>agosto</b>			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración De Proyecto	■	■	■	■	■	■																																				
Presentación De Proyectos							■	■																																		
Aprobación De Proyectos												■	■	■	■	■	■																									
Preparación De Instrumentos Recolectores De Información																																										
Aplicación De Instrumentos De Investigación																																										
Sistematización De La Información																																										
Análisis E Interpretación																																										
Elaboración De Conclusiones																																										
Elaboración De Propuesta																																										
Redacción Del Borrador																																										
Revisión Del Borrador																																										
Presentación De Informe Final																																										

**Anexo 6. Presupuesto de la Tesis.**

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo		Fuentes de financiamiento	
			Unitario	total	Autogestión	Aporte externo
<b>Copias</b>	1600	Unidad	0,03	48,00	48,00	
<b>Tinta negra y color</b>	2	Tinta	20,00	40,00	40,00	
<b>Hojas</b>	4	Resma	5,00	20,00	20,00	
<b>Disco duro externo</b>	1	Unidad	100,00	100,00	100,00	
<b>Internet</b>	1	Mensual	30,00	30,00	30,00	
<b>Esferos</b>	10	Unidad	0,50	5,00	5,00	
<b>Baja-lenguas</b>	200	Unidad	0,25	50,00	50,00	
<b>Guantes estériles</b>	5	Caja	8,00	40,00	40,00	
<b>Mascarillas</b>	5	Caja	4,00	20,00	20,00	
<b>Campos Operatorios Estériles</b>	200	Unidad	0,10	20,00	20,00	
<b>Movilización</b>	13	Unidad	104	104,00	104,00	
<b>Imprevistos 10%</b>				47,70	47,70	
				Subtotal	524,70	
				Total	524,70	

## Anexo 7.

Solicitud de permiso en el colegio “Playa Prieta” de Riochico.

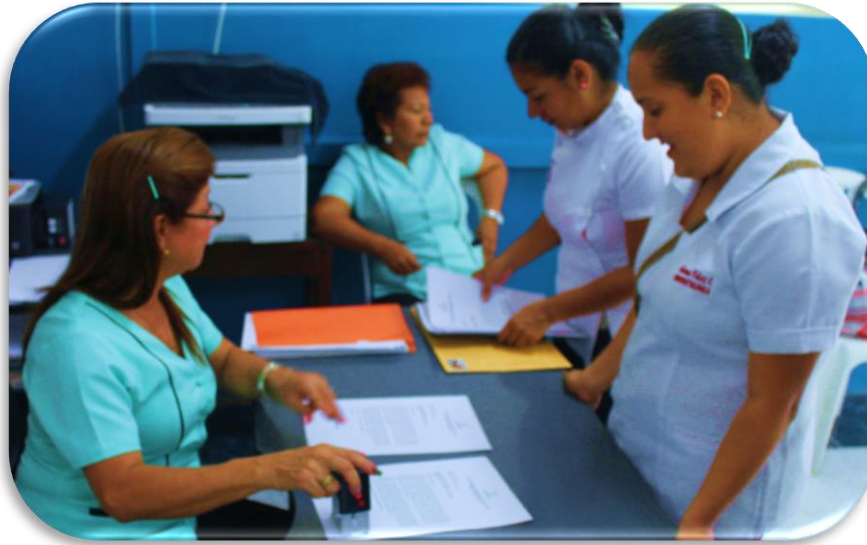


Fig. 1. Foto realizada por las autoras de la tesis.

  
UNIVERSIDAD  
SAN GREGORIO  
DE PORTOVIEJO

**UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO**  
**CARRERA ODONTOLOGIA**

ODO- CIR. Nº 002- 15  
Portoviejo, 18 de mayo de 2015

ING. ARON MEJIA MOLINA  
**RECTOR DEL COLEGIO PLAYA PRIETA**  
Ciudad


De mi consideración:

Por medio del presente, comunico a usted que las egresadas de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo: Denisse Torres Toledo, Gema Vélez Cedeño, Valeria García Venegas y Nazacla Vélez Silva se encuentra realizando su trabajo de investigación de tesis previa a la obtención del título de Odontóloga, cuyo tema es: *“Caracterización epidemiológica de lesiones y estados pre cáncer y cáncer bucal en la población de 15 años y más de la Parroquia Rural Riochico del Cantón Portoviejo”*, dirigida por el Lcdo. Vicente Prieto Díaz, Dra. Nathaly Barreiro, Dra. Amarilis Martínez.

Por lo expuesto, me permito invitar a usted, a una reunión en la que las mencionadas egresadas y autoridades en cuestión, socializaran sobre el Proyecto de prevención y factores de riesgo del cáncer bucal, además se explicará sobre la realización de un examen clínico bucal a la población, para verificar lesiones y estados bucal, esta reunión se realizará el día jueves 21 de mayo de 2015 a las 09h30, en el Salón del GAD de Riochico, esperamos contar con su valiosa e importante presencia.

Por la atención a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

  
Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs  
**DIRECTORA CARRERA ODONTOLOGIA**



UNIDAD EDUCATIVA FISCAL  
“PLAYA PRIETA”  
SECRETARIA  
18 MAY 2015  
**RECIBIDO**  
Hora: 10:12 AM

Fig. 2. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Solicitud de permiso en el colegio “3 de Mayo” de Riochico.



Fig. 3. Foto realizada por las autoras de la tesis.

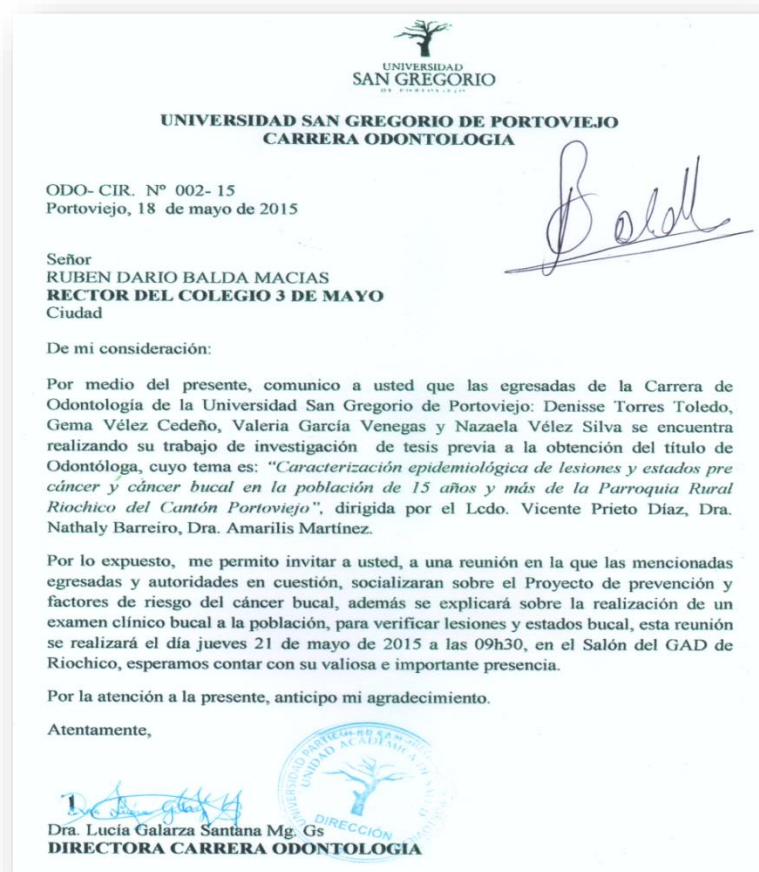


Fig. 4. Foto realizada por las autoras de la tesis.

Solicitud de permiso en el (GAD) Gobierno Parroquial Autónomo Descentralizado Riochico.



Fig. 5. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 6. Foto realizada por las autoras de la tesis.

Encuesta y el examen bucal.



Fig. 7. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 8. Foto realizada por las autoras de la tesis.





Fig. 9. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 10. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 11. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 12. Foto realizada por las autoras de la tesis.





Fig. 13. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 14. Foto realizada por las autoras de la tesis.

Lesiones encontradas.



Fig. 15. Foto realizada por las autoras de la tesis. Lengua geográfica.



Fig. 16. Foto realizada por las autoras de la tesis. Herpes labial.

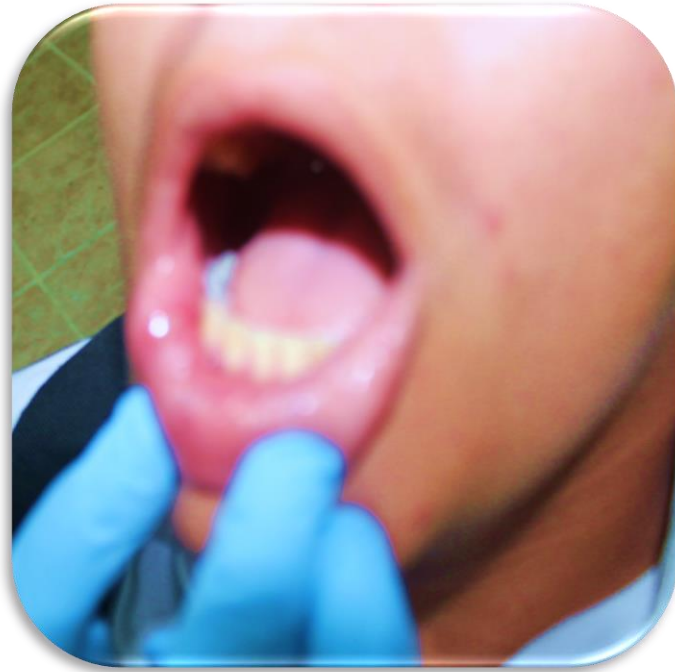


Fig. 17. Foto realizada por las autoras de la tesis. Herpes labial.



Fig. 18. Foto realizada por las autoras de la tesis. Queratosis por mal hábito de morderse.





Fig. 19. Foto realizada por las autoras de la tesis. Queratosis por mal hábito de morderse.



Fig. 20. Foto realizada por las autoras de tesis. Úlcera en mucosa del carrillo.

Charlas Educativas.



Fig. 21. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 22. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Visitas a Comunidades.



Fig. 23. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 24. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 25. Foto realizada por las autoras de la tesis.



Fig. 26. Foto realizada por las autoras de la tesis.

## Certificaciones.



**UNIDAD EDUCATIVA FISCAL  
"PLAYA PRIETA"**  
E-mail- [uef\\_playaprieta@hotmail.com](mailto:uef_playaprieta@hotmail.com) Teléfono: 3025816  
Playa Prieta - Riochico - Portoviejo

### **CERTIFICACIÓN**

**ING. ESTEVENSONT ARON MEJÍA MOLINA, RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCAL "PLAYA PRIETA" CERTIFICO:**

Por medio de la presente, CERTIFICO: que las Egresadas de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo: DENISSE VIRGINIA TORRES TOLEDO, GEMA KATHERINE VÉLEZ CEDEÑO, VALERIA CAROLINA GARCÍA VENEGAS Y VICENTA NAZAELA VÉLEZ SILVA, realizaron su trabajo de Prevención Y Caracterización de cáncer oral en la Unidad Educativa Fiscal "PLAYA PRIETA", cumpliendo con la realización de las encuestas, revisiones bucales y charlas educativas.

Lo certifico en honor a la verdad.

Playa Prieta, 15 de junio de 2015

  
Ing. Aron Mejía Molina Mg. Ad, Amb.  
RECTOR



Fig. 27. Foto realizada por las autoras de la tesis.





## UNIDAD EDUCATIVA FISCAL "3 DE MAYO"

Riochico Portoviejo Manabí  
[colegio3demayo@hotmail.com](mailto:colegio3demayo@hotmail.com)  
CALLE 10 DE AGOSTO VIA RIOCHICO-PORTOVIEJO  
TELEF. 2308090

### CERTIFICACIÓN

Prof. Margarita Vélez Cruzatty, Rectora (e) de la Unidad Educativa Fiscal "3 de Mayo" de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo, a petición de parte interesada CERTIFICO: Que las egresadas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo: DENISSE VIRGINIA TORRES TOLEDO, GEMA KATHERINE VÉLEZ CEDEÑO, VALERIA CAROLINA GARCÍA VENEGAS, VICENTA NAZAELA VÉLEZ SILVA, realizaron su trabajo de prevención y caracterización de CANCER ORAL en esta institución educativa, cumpliendo con la realización de las encuestas, revisiones bucales y charlas educativas.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Riochico, junio 18 de 2015

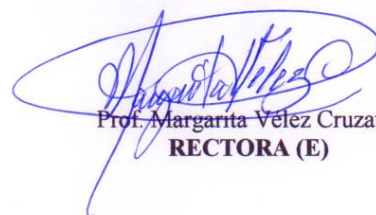
  
Prof. Margarita Vélez Cruzatty  
**RECTORA (E)**



Fig. 28. Foto realizada por las autoras de la tesis.



## Gobierno Parroquial Autónomo Descentralizado Riochico

Acuerdo ministerial N° 193 del 27 de octubre del 2002  
Ecuador – Manabí – Portoviejo - Riochico



### CERTIFICACIÓN

Ab. María Verónica Vargas Intriago PRESIDENTA DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PARROQUIA RURAL RIOCHICO, tengo a bien certificar lo que a continuación detallo:

Que las Egresadas de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo: **DENISSE VIRGINIA TORRES TOLEDO, GEMA KATHERINE VÉLEZ CEDEÑO, VALERIA CAROLINA GARCÍA VENEGAS Y VICENTA NAZAELA VÉLEZ SILVA**, realizaron su trabajo de Prevención y Caracterización de Cáncer oral en varias de las comunidades de la Parroquia Riochico, cumpliendo con la realización de encuestas, revisiones bucales y charlas educativas.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, autorizando a la persona interesada hacer uso de la presente certificación, en lo que más estime conveniente.

Atentamente,



Riochico, Junio 15 de 2015

**Ab. María Verónica Vargas Intriago  
PRESIDENTA DEL GAD PARROQUIAL RIOCHICO**

Dir. Calle 10 de Agosto y Pichincha. (Altos del Mercado Parroquial)  
Teléfonos: 2-308-199 - Correo: [gadriochico@gmail.com](mailto:gadriochico@gmail.com)

Fig. 29. Foto realizada por las autoras de la tesis.

## BIBLIOGRAFÍA

American Cancer Society. (2014). *Síndromes de cáncer en las familias*. [En línea].

Consultado: [10, junio, 2015]. Disponible en:

<http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>.

Aguirre, J. (2011). *III Simposio Internacional: Avances en Cáncer Oral*. Rev. Vasco.

[En línea]. Consultado: [6, septiembre, 2014]. Disponible en:

[http://www.enpresa.ehu.es/p223-](http://www.enpresa.ehu.es/p223-shgiitct/es/contenidos/ikertu/ikertu_00411_grupo/es_grupo_proyectos_pe/00411_es_pe_proyectos.html)

[shgiitct/es/contenidos/ikertu/ikertu\\_00411\\_grupo/es\\_grupo\\_proyectos\\_pe/0041](http://www.enpresa.ehu.es/p223-shgiitct/es/contenidos/ikertu/ikertu_00411_grupo/es_grupo_proyectos_pe/00411_es_pe_proyectos.html)

[1\\_es\\_pe\\_proyectos.html](http://www.enpresa.ehu.es/p223-shgiitct/es/contenidos/ikertu/ikertu_00411_grupo/es_grupo_proyectos_pe/00411_es_pe_proyectos.html).

Albornoz, C. Rivero, O. & Bastian, L. (2010). *Avances en el diagnóstico de las lesiones cancerizables y malignas del complejo bucal*. [En línea]. AMCRev.

Consultado [04, septiembre, 2014] Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500019)

[02552010000500019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500019).

Álvarez, G. (2008). *Fumar al revés ocasiona el 10% de los tumores orales*. Agencia Iberoamericana para la Difusión de la Ciencia y la Tecnología. [En línea].

Rev. Colombiana. Consultado: [06, septiembre, 2014]. Disponible en:

[http://www.dicyt.com/noticias/fumar-al-reves-ocasiona-el-10-de-los-tumores-](http://www.dicyt.com/noticias/fumar-al-reves-ocasiona-el-10-de-los-tumores-orales)

[orales](http://www.dicyt.com/noticias/fumar-al-reves-ocasiona-el-10-de-los-tumores-orales).



Ardila, C. Jiménez, R. & Álvarez, E. (2013). *Revisión sistemática de los efectos del hábito de fumar invertido sobre la mucosa oral*. [En línea]. AMC Rev. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552013000300015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300015&lng=es).

Baladé, D. Llamas, S. Cerero, R. Esparza, G. (2009). *Las lesiones blancas de la mucosa en el ámbito del precáncer oral*.

Bascones, A. (2009). *Medicina Bucal*. España.

Batista, K. Niño, A. & Martínez, M. (2014). *Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal*. [En línea]. Rev. CCM *Correo Científico Médico*. Consultado: [6, septiembre, 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000300014&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000300014&script=sci_arttext).

Belkis, A. (s/f). *Paladar de fumador invertido*. [En línea]. Consultado: [03, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0estomato--00--0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-01--11-11-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00-a=d&c1=CL1&d=HASHa2c685b1dd783a2a08e1a3.20.1.4>.

Bermejo, A. (2004). *Liquen plano oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento*. [En línea]. Revista RCOE. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2004000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000400003).

Bordas, J. Flores, M. García, M. Ródenas, I. & Martínez, C. (S/F). *Patología Bucal. Tratado de geriatría para residentes*.

Busch, S. (s/f). ¿Cuál es la porción recomendada diaria de frutas y verduras? [En línea]. Consultado: [17, junio, 2015]. Disponible en: [http://www.livestrong.com/es/porcion-recomendada-diaria-info\\_28726/](http://www.livestrong.com/es/porcion-recomendada-diaria-info_28726/).

Cairns, J. (1981). *Cáncer: Ciencia y Sociedad*. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015]. Disponible en: [file:///C:/Users/Home/Desktop/libros,%20articulos%20revistas%20de%20internet%20utilizados%20en%20la%20tesis/C%C3%A1ncer\\_%20ciencia%20y%20sociedad%20-%20John%20Cairns%20-%20Google%20Libros.html](file:///C:/Users/Home/Desktop/libros,%20articulos%20revistas%20de%20internet%20utilizados%20en%20la%20tesis/C%C3%A1ncer_%20ciencia%20y%20sociedad%20-%20John%20Cairns%20-%20Google%20Libros.html).

Ceccotti, E. (s/f). *Clínica estomatológica. Sida cáncer y otras afecciones*.

Cortinas, C. (1998). *Cáncer: Herencia y Ambiente*. México, D.F.

- Chimeno, E. (2008). *Aspectos prácticos en la prevención del cáncer*. [En línea]. Rev. Avances Odontoestomatol. Consultado: [06, junio, 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000100006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000100006&script=sci_arttext&tlng=es).
- El diario manabita de libre pensamiento. (2006, Julio, 09) Riochico: tradición y cultura. El diario manabita de libre pensamiento. [En línea], Español. Disponible: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/3383-riochico-tradicion-y-cultura/>. [2015, Junio, 23].
- Escribano, M. & Bascones, A. (2009). *Leucoplasia oral: Conceptos actuales*. [En línea]. Revista Avances en Odontoestomatología. Consultado: [06, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000200004&script=sci_arttext).
- Estrada, G. Zayas, O. González, E. González, C. & Castellanos, G. (2010). *Diagnóstico Clínico e Histopatológico de la Eritroplasia Bucal*. [En línea]. Medisan, Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_4\\_10/san03410.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san03410.pdf).
- Expósito, J. Gonzales, M. Ruiz, H. (2010). *Factores de riesgos de la estomatitis subprótesis en los pacientes del municipio de Taguasco. 2008-2009*. [En línea]. Gaceta Médica Espirituana. Consultado: [10, junio, 2015]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.\(2\)\\_03/p3.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.(2)_03/p3.html).

Fernández, M. Rodríguez, I. Miranda, J. & Batista, Z. (2009). *Displasia Epitelial como Característica Histopatológica del Liquen Plano Bucal*. [En línea]. Rev. Haban cienc méd. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400003&lng=es).

Flores, F. Maldonado, L. & Santos, N. (2006-2007). *Estado actual de lesiones precursoras epiteliales de la cavidad oral*: [En línea]. Revisión. Foros de Patología de la URJC. Consultado: [06, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2006-2007\\_G4.pdf](http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2006-2007_G4.pdf).

G.A.D. Parroquial Rio Chico. (s/f). Riochico. Consultado: [23, junio, 2015]. Disponible en: <http://riochico.gob.ec/>

Gallegos, J. 2006. *El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención*. [En línea]. Rev. Medigraphic Artermisa. Consultado: [03, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf>.

García, G., & Miranda, J. (2009). *Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana*. [En línea]. Rev. Cubana Estomatol v.46 n.4. Consultado: [02, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000400009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000400009&script=sci_arttext).

García, V. & Bascones, A. (2009). *Cáncer Oral: Puesta al día*. [En línea]. Rev. Avances en Odontoestomatología. Consultado: [6 de junio, 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tIng=pt).

García, V. González, M. & Bascones, A. (2005). *Bases Moleculares del Cáncer Oral*. [En línea]. Av. Odontoestomato. Consultado: [02, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852005000600002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000600002).

Gomez, G. (s/f). *Alcohol y tabaco: las causas del cáncer bucal*. [En línea]. Hospital Alemán Deutsches Hospital. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.hospitalaleman.org.ar/prevencion/alcohol-y-tabaco-las-causas-del-cancer-bucal/>.

Gonzales, R. Herrera, I. Osorio, M. & Madrazo, D. (2010). *Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años*. [En línea]. Revista Cubana de Estomatología. Consultado: [06, mayo, 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75072010000100009&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tIng=en).

González, J. (2006). Fotoprotección. [En línea]. Consultado: [23, enero, 2015]  
Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/fotoproteccion.pdf>.

Gutiérrez, C. Hernández, L. & Sánchez, J. (2009). *Lesiones preneoplásicas de la cavidad oral: Revisión bibliográfica últimos 12 meses*. [En línea]. Consultado: [07, Septiembre, 2014]. Disponible en: [http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2008-2009\\_G7.pdf](http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2008-2009_G7.pdf).

Harrison. (s/f). *Principios de la medicina interna*. Ed16.

Hernandez, D. Sanchez, M. Rios, M. Baigorria, S. (s/f). *Alcoholismo Y Adolescencia*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/Home/Downloads/459-1549-1-SM.pdf>.

Hernández, O. Castillo, E. Rodríguez, I. Albert, J. Fernández, R. (2014). Factores de riesgo del cáncer laríngeo. [En línea]. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Consultado [15, mayo, 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000600006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600006).

Howard, M. & Castillo, J. (2004). *Cáncer bucal: conocimiento básico de la población en Costa Rica*. [En línea]. Odovtoc. Consultado [10, mayo, 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/viewFile/4882/4691>.

Instituto de cancerología E.S.E. (2004). *El cáncer aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Consultado: [25, mayo, 2015] Colombia.

Jiménez, C. (2008). *Lesiones Rojas*. [En línea]. Acta Odontológica Venezolana. Consultado: [6, junio, 2015]. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/lesiones\\_rojas.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/lesiones_rojas.asp).

López, L. Moret. Villarroel, D. & Mata. (2007). *Manifestaciones Bucales Del Lupus Eritematoso*. [En línea]. Revisión de la Literatura. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/manifestaciones\\_bucales\\_lupus\\_eritematoso.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/manifestaciones_bucales_lupus_eritematoso.asp).

Los jóvenes fuman más que los adultos en Ecuador. (2011, Mayo 31). El Telégrafo. párr. 3. [En línea]. Consultado: [10, junio, 2015]. Disponible en: <http://telegrafo.com.ec/sociedad/item/los-jovenes-fuman-mas-que-los-adultos-en-ecuador.html>.

Macarulla, T. Elez, E. Capdevila, J. & Tabernero, J. (2011). *Comprender el cáncer de colon y recto*, [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: <file:///C:/Users/Home/Desktop/libros,%20articulos%20revistas%20de%20internet%20utilizados%20en%20la%20tesis/COMPRENDER%20EL%20C%C3%81NCER%20DE%20COLON%20Y%20RECTO%20->

%20DRA.%20TERESA%20MACARULLA,%20DRA.%20ELENA%20% C3  
%89LEZ,%20DR.%20JAUME%20CAPDEVILA,%20DR.%20JOSEP%20TA  
BERNERO%20-%20Google%20Libros.html.

Martínez, A. Gallardo, I. Cobos, M. Caballero, J. & Bullón, P. (2008). *La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa*. [En línea]. Revista Avances en Odontostomatología. Consultado: [03, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original2.pdf>.

Más de 900 000 ecuatorianos consumen alcohol en Ecuador, según el INEC. (s/f). El Comercio. párr. 2. [En línea]. Consultado: [10, junio 2015]. Disponible en: <http://www.cre.com.ec/noticia/22634/mas-de-900-000-ecuatorian%E2%80%8Bos-consumen-alcohol-en-ecuador-segun-el-inec/>.

Medina. Gómez. & Álvarez. (2013). *Efectos del hábito de fumar invertido sobre la mucosa oral*. [En línea]. Revista Archivo Médico de Camagüey. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/1078/441>.

Miranda, J. Fernández, L. García, G. Rodríguez, I. & Trujillo, E. (2010). *Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006*. [En línea]. Rev. Cubana Estomatol. Consultado: [3, septiembre, 2014]. Disponible en:



[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es)

Miranda, J. Fernández, L. García, G. Rodríguez, I. & Trujillo, E. (2010). *Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana.* [En línea]. Rev. Cubana Estomatol. Consultado: [03, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es)

Morales, D. Rodríguez, L. García, M. (2009, oct-nov). *Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba.* Rev. haban cienc méd. Consultado el [05, junio, 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000400012.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400012)

Moret, Y. River, H. & González, J. (2008). *Correlación clínico - patológica de la eritroplasia bucal con diagnóstico histopatológico de displasia epitelial en una muestra de la población venezolana.* [En línea]. Acta odontol. Venez. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652008000200006&lng=es.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000200006&lng=es)

Muñante, J. & Passeri, L. (2014). *Carcinoma Espinocelular: Prevención y Diagnóstico Precoz en Odontología*. [En línea]. Revista Científica Odontología Sanmarquina. Consultado: [06, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/5375/4608>.

Napier, L. Albuquerque, A. Rodríguez, A. Santiago, R. da Costa, P. & López, R (2010). *Carcinoma escamocelular bucal diagnosticado precozmente*. [En línea]. *Rev. Cubana Estomatol.* Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072010000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000300009&lng=es).

Núñez, Z. (2009). *Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial*. [En línea]. Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Cáncer*. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>.

Palacios, J. Villarroel, M. Pérez, C. Bauce, B. Córdova, M. *Factores Que Influyen En La Prevalencia De Patologías Bucales De Tejidos Blandos Y Duros De Niños Y Adolescentes. Revisión De La Literatura*. [En línea]. *Rev. Acta Odontológica*

Venezolana. Consultado: [05, junio, 2015]; Disponible en:  
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art22.asp>.

Peña, A. Arredondo, M. & Vila, L. (2006). *Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral*. [En línea]. Rev. Cubana Estomatol. Consultado: [6, septiembre, 2014]; Disponible en: [http://sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=es.scielo](http://sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=es.scielo).

Quintana, J. Fernández, J. & Laborde, R (2004). *Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales*. [En línea].Rev. Cubana Estomatol. Consultado: [9, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007&lng=es).

Quintana, J., Fernández, M., & Laborde, R. (2004). *Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales*. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300007&script=sci_arttext).

Reyes, E. (2013). *Lesiones Cancerizables de la Mucosa Oral*. [En línea]. Rev. Médica Electrónica de Portales Médicos. Consultado: [06, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/lesiones-cancerizables-mucosa-oral/7/>.

Riera, P. y Martínez, B. (2005). *Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile*. [En línea]. Revista médica de Chile. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000500007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500007).

Robledo, G., Belardinelli, P., Herrera, M., Criscuolo, M., Lopez, S. (2008). *Nivel de conocimiento poblacional sobre Cáncer Bucal*. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015] Disponible en: [http://aulavirtual.odontologia.unc.edu.ar/pluginfile.php/9259/mod\\_resource/content/0/Produccion\\_Cientifica/nivel\\_de\\_conocimiento\\_poblacional.\\_pdf.pdf](http://aulavirtual.odontologia.unc.edu.ar/pluginfile.php/9259/mod_resource/content/0/Produccion_Cientifica/nivel_de_conocimiento_poblacional._pdf.pdf).

Rodríguez, A. (1997). *Enfoque de Riesgo en la atención estomatológica*. [En línea]. Rev. Cubana Estomatol. Consultado el [05, junio, 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75071997000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071997000100007).

Salaverry, O. (2013). *La etimología del cáncer y su curioso curso histórico*. [En línea]. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Consultado: [05, junio, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100026&script=sci_arttext).

Santana, J. (2002). *Prevención y Diagnóstico del Cáncer Oral*. La Habana – Cuba.

Segura, R. González, A & Toro, M. (2004). *Lesiones precancerosas de la mucosa oral*. [En línea]. Consultado: [10, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/66/1513/42/1v66n1513a13059482pdf001.pdf>.

Siete órganos se afectan con frecuencia por el alcohol. (2014, Mayo, 14). El Comercio. párr. 4. [En línea]. Consultado: [10, junio 2015]. Disponible en: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1208:mayo-14-2014&Itemid=356](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208:mayo-14-2014&Itemid=356).

Zimmer, S (2014). *Cáncer Bucal*. *Proyecto Salud, Portal de Noticias – Actualidad las 24 horas*; [En línea]. Consultado: [8, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=6638>.